

# Ei kvalitativ studie av føretaksoverføringa av Kongsvinger sjukehus

*Ei analyse av medverkande mekanismar for  
endringsprosessar ved eit norsk helseføretak*

Tiril Seppola Reed



HMM4501

Masteroppgåve i Health Economics, Policy and Management  
30 studiepoeng

Institutt for helse og samfunn  
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Mai/2020



# **Ei kvalitativ studie av føretaksoverføringa av Kongsvinger sjukehus**

**Ei analyse av medverkande mekanismar for endringsprosessar  
ved eit norsk helseføretak**

Av Tiril Seppola Reed

Masteroppgåva er levert som ein del av studieprogrammet  
Health Economics, Policy and Management

Vegleia av Ivan Spehar

© Tiril Seppola Reed

2020

Ei kvalitativ studie av føretaksoverføringa av Kongsvinger sjukehus

Tiril Seppola Reed

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Samandrag

Akershus universitetssjukehus Helseføretak (Ahus), Sjukehuset Innlandet Helseføretak (HF) og Helse Sør-Aust Regionale helseføretak har sidan 2017 arbeidd med å endre føretakstilhøyringa til Kongsvinger sjukehus, med mål om å gjere sjukehuset til ein del av Ahus. Endring i organisasjonsstruktur er ressurskrevjande for alle typar organisasjonar. Ved endring i sjukehus, må ein i tillegg ha eit kontinuerleg fokus på å levere helsetenester av høg kvalitet samstundes som endringsarbeidet går føre seg, noko som gjer prosessen endå meir kompleks.

Formålet med denne studia er å sjå nærare på kva mekanismar som spela inn i den omfattande endringsprosessen som fant stad mellom Ahus og Kongsvinger sjukehus. Studia er av kvalitativ art og funna er basert på intervju med åtte deltakarar. Tre av deltakarane er intervjuja to gonga, med åtte månader mellomrom. Datamateriala frå desse er systematisert og tolka ut frå tematisk nettverksanalyse. For å få eit godt bilete av årsaken til endringa og innhaldet i dei ulike delprosessane, er det òg samla inn relevante møtereferat og andre dokument. Desse dokumenta, saman med teori om endringsleiing og implementering, dannar bakgrunnsdelen av oppgåva.

Funna viser at både interne og eksterne mekanismar medverka i endringsprosessen. Den framtrekande interne faktoren var korleis rolla ein person har i organisasjonen spelar inn på i kva grad vedkomande kjenner seg godt involvert i prosessen og informert om det pågåande arbeidet. Jamt over syner resultata at deltakarane med leiaransvar i større grad kjenner seg involvert og informert, enn deltakarane utan ei slik posisjon. Av eksterne faktorar er rolla til både lokale og nasjonale politikarar av stor betydning. Heile bakgrunnen til overføringa byggjer på langvarig politisk innsats av lokalpolitikarane i Kongsvinger-regionen. Helseminister Bent Høie gjekk mot innstillinga til både Ahus Helseføretak, Sjukehuset Innlandet Helseføretak og Helse Sør-Aust då han vedtok at overføringa skulle gjennomførast.

Studia konkluderer med at organisasjonen si positive haldninga til prosjektet og lojalitet til politisk slutning har vore avgjerande for utfallet av arbeidet. Det er per dags dato ikkje planlagt noko evaluering av Kongsvinger-prosjektet, men basert på denne studia ser eg det som naudsynt at ei sluttevaluering finn stad.



# Forord

Denne oppgåva markera slutten på fem år med studie ved Institutt for helse og samfunn, ved Det medisinske fakultet på Universitetet i Oslo. Det er ikkje alle forunt å treffe det perfekte studie på første forsøk, noko eg er takksam for å ha gjort. Spanande fag og nyttige erfaringar gjer at eg no kan sjå fram til å ta steget ut i arbeidslivet den viktigaste og truleg mest komplekse sektoren i samfunnet.

Ei av erfaringane eg verkeleg har verdsett, er internship i staben til kirurgisk divisjon på Akershus universitetssjukehus HF, vinteren 2019. Staben, med Berit Karin Helland og Anne Karin Lindahl i spissen, tok meg imot med opne armar og ga meg eit unikt innblikk i livet på eit av landets største sjukehus. Det var i løpet av den perioden at denne oppgåva vart til.

Å følgje ein endringsprosess av denne storleiken har utvilsamt vore gjevande og interessant. Det ville ikkje vore mogleg å gjennomføre studia utan deltakarane som let seg intervjuje av meg og har delt alle sine erfaringar og opplevingar, eller utan hjelp frå staben i kirurgisk divisjon med innhenting av interne møtedokument. Tusen takk til dykk alle! Oppgåva hadde definitivt heller ikkje vore mogleg utan min eineståande vegleiar, Ivan Spehar. Hans kunnskap og faglege støtte har vore uunnverleg. Eg er òg takksam for den medmenneskelege støtta og oppmuntringa han har gjeve heile vegen, det har betydd mykje.

Å skrive masteroppgåve medan ein global pandemi har gått føre seg, har vore ei interessant øving. Universitetet sine lesesalar vart plutselig byta ut med ei toromsleiligheit i Oslo sentrum, og spisebordet vart heimekontor for to personar. Eg vil rette ein stor takk til sambuaren min som har hatt tolmod med meg gjennom dette, motivert meg og støtta meg. Eg vil òg takke vener og familie for oppløftande ord og all dykkar tru på meg, de er verkeleg fantastiske.

Det å skrive master i helseleing denne våren, har også gjort meg medviten på dei enorme styrkene som ligg i helsesektoren, men òg kor sårbar vi er. Koronapandemien har vist viktigheita av eit studie som helseleing og helseøkonomi. Eg håpar at eg no kan gå inn i arbeidslivet som ein god ambassadør for studiet, og vere ein bidragsytar i helsesektoren.

# Innholdsliste

1	Innleiing .....	1
2	Bakgrunn og teori.....	3
2.1	Situasjonsbilete ved sjukehusa .....	4
2.2	Kronologisk hendingsløp .....	6
2.3	Offentlege føringar om stadleg leiing .....	9
2.4	Implementering i fleire fasar .....	10
2.4.1	Fase I .....	10
2.4.2	Fase II.....	12
2.4.3	Fase III.....	24
2.5	Teori om endringsleiing .....	24
2.5.1	Åtte trinn for vellukka endring.....	24
2.5.2	Endring i sjukehus .....	38
2.6	Teori om implementering.....	43
3	Metode.....	46
3.1	Metodisk framgangsmåte .....	46
3.2	Utval .....	47
3.3	Praktisk gjennomføring .....	48
3.4	Analyseprosessen .....	48
3.4.1	Transkribering av intervju .....	48
3.4.2	Tolking og kategorisering .....	48
4	Resultat.....	51
4.1	Interne faktorar .....	51
4.1.1	Informasjon og involvering.....	52
4.1.2	Tid .....	53
4.1.3	Haldningar .....	54
4.2	Eksterne faktorar .....	57
4.2.1	Politikk og andre aktørar .....	57
4.2.2	Økonomi.....	59
4.3	Overføringshelga.....	60
4.4	Andre intervjurunde .....	61
4.4.1	Informasjon og involvering.....	61



4.4.2	Tid .....	63
4.4.3	Haldningar .....	64
4.4.4	Politikk og andre aktørar .....	66
5	Diskusjon.....	69
5.1	Samsvar mellom teori og funn .....	70
5.1.1	Endringsleiing .....	70
5.2	Spesielt sentrale funn .....	78
5.2.1	Involvering .....	78
5.2.2	Organisasjonsmodell .....	80
5.2.3	Funksjonsfordeling.....	81
5.2.4	Politikk og eksterne aktørar.....	82
5.3	Vegen vidare .....	84
5.4	Metodologisk drøfting.....	84
5.4.1	Validitet.....	84
5.4.2	Refleksivitet .....	85
5.4.3	Andre viktige omsyn .....	85
6	Konklusjon .....	88
	Litteraturliste .....	90
	Vedlegg .....	93
	Vedlegg 1: Godkjenning frå NSD.....	94
	Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema .....	95
	Vedlegg 3: Intervjugal første intervjurunde.....	98
	Vedlegg 4: Intervjugal andre intervjurunde .....	102



# 1 Innleiing

Med verknad frå 1. februar 2019 fekk Kongsvinger sjukehus endra føretakstilhøyring, der dei gjekk frå å tilhøyra Sjukehuset Innlandet helseføretak (HF) til å bli ein del av Akershus universitetssjukehus HF (Ahus)<sup>1</sup>. Overføringa var eit resultat av ein lang politisk prosess, som til slutt vart avgjort av helseminister Bent Høie i juni 2017. Ei slik føretaksoverføring som no går føre seg med Kongsvinger sjukehus og Ahus er ein svært kompleks prosess. Organisatoriske endringar av denne storleiken er utfordrande for alle organisasjonar, med risiko for å møte motstand mot endringa innan organisasjonen, store økonomiske kostnader og tidsbruk hjå tilsette som blir teke vekk frå dagleg drift. For sjukehus har ein alle desse utfordringane, men har i tillegg eit essensielt ansvar for å til ei kvar tid sikre at innbyggjarane har tilgang til helsetenester av høg kvalitet. Desse faktorane gjer overføringa svært spanande å studere nærare.

Formålet med denne studia er å studere kva mekanismar som spelar inn i ein slik endring- og implementeringsprosess, basert på litteratur innan organisasjonsteori og spesifikke faktorar for akkurat denne overføringa. For å forstå prosessen, har eg intervjuet personar som på ulike måtar har blitt påverka av føretaksoverføringa, samt undersøkt ulike sakspapir og rapportar som har lege til grunn for partane sitt arbeid. For å få eit bilete av det breie engasjementet i saka, har eg også sjå på nyhende frå lokale- og nasjonale media. På bakgrunn av dette har eg vurdert om funn frå litteraturen stemmer overeins med mine resultat. Eg har òg forsøkt å identifisere faktorar som har spelt ei nøkkelrolle i denne endringa, i tillegg til å gje somme anbefalingar for framtidige føretaksoverføringar i norsk helsevesen.

Det fulle omfanget av Kongsvinger-prosjektet er langt større enn kva denne studia kan famne, noko som har gjort visse avgrensingar av studia heilt naudsynt. Den viktigaste avgrensinga er av tidsmessig art. Innsatsen for å endre føretakstilhøyring til Kongsvinger sjukehus har gått føre seg sidan byrjinga av 2000-talet og Ahus HF har framleis pågåande prosjekt knytt til etterverknadane av overføringa. Totalt er det omlag 25 år med diskusjonar og prosjektarbeid i samband med føretakstilhøyring til Kongsvinger sjukehus. Ei oppsummering av tida fram til vedtaket blir presentert, men studia fokuserer på hendingar i perioden 2017-2019. Det var i dette tidsrommet overføringa vart vedteke og dei to første fasane av prosjektarbeidet gjekk føre

---

<sup>1</sup> Helse Sør-Aust RHF – protokoll frå føretaksmøte, 29.06.2017. Henta frå: <https://www.regjeringen.no/contentassets/6e660dac3e9343ab94feb6c82d13701b/protokoll-helse-sor-ost-rhf-29062017.pdf>

seg. Vidare har helseføretaka og sjukehusa eit svært breitt spekter pasientbehandling. Eg har valt å konsentrere meg om dei somatiske behandlingstilboda, og dermed utelate psykiatrisk behandling. Eg vil heller ikkje gå inn på detaljar knytt til IKT og tekniske løysingar, då dette truleg ikkje kan svare på korleis organisasjonen responderte på ein endringsprosess av ein slik storleik og kva mekanismar som har påverka arbeidet.

## 2 Bakgrunn og teori

Arbeidet med sjølve overføringa tok til like etter at slutninga frå helseminister Høie vart fatta. Vedtaket kom i føretaksmøte i Helse Sør-Aust Regionale Helseføretak (RHF) i juni 2017<sup>2</sup>. Prosjektet med å endre føretakstilhøyring har sidan den tid hatt stort fokus hjå dei to helseføretaka og Helse Sør-Aust. Helse Sør-Aust er formell eigar av både Ahus HF og Sjukehuset Innlandet HF, og har ansvar for å sikre at innbyggjarane i desse områda har tilgang på helsetenester av god kvalitet. Det regionale helseføretaket derfor ein svært viktig aktør i delen av prosjektet som varte fram til Kongsvinger sjukehus vart overført til Ahus.

I forkant av føretaksmøte i juni 2017, hadde både Ahus HF, Sjukehuset Innlandet HF og Helse Sør-Aust RHF gjennomført utgreiingar for å avdekkje moglegheita for ei slik overføring og kva potensielle konsekvensar den kunne medføre. Resultatet av utgreiinga kjem fram i møterefaratet frå føretaksmøtet i Helse Sør-Aust, og syner at dei to helseføretaka og Helse Sør-Aust var samd om at overføringa ikkje var å anbefale på dåverande tidspunkt. Dei såg risikoen og kostnaden knytt til overføringa som langt større enn den potensielle vinsten. I følgje referatet valde likevel Høie å vedta overføringa, med bakgrunn i det sterke ønskje frå innbyggjarane i Kongsvinger-regionen og eit potensiale til å nytte kapasiteten ved Kongsvinger sjukehus til å avlaste Ahus. Til grunn for endra føretakstilhøyring for Kongsvinger sjukehus ligg det altså eit politisk vedtak som gjekk mot fleire av partane si oppmoding, og trossa utgreiingane si vurdering om risiko og ulemper. Vedtaket bak føretaksoverføringa av Kongsvinger sjukehus, er følgjande:

*Føretaksmøtet vedtok:*

- 1. Kongsvinger sykehus overføres til Akershus universitetssykehus HF*
- 2. Fødetilbudet skal videreføres som i dag*
- 3. Det legges til grunn at overføringen skal skje 1. januar 2019*

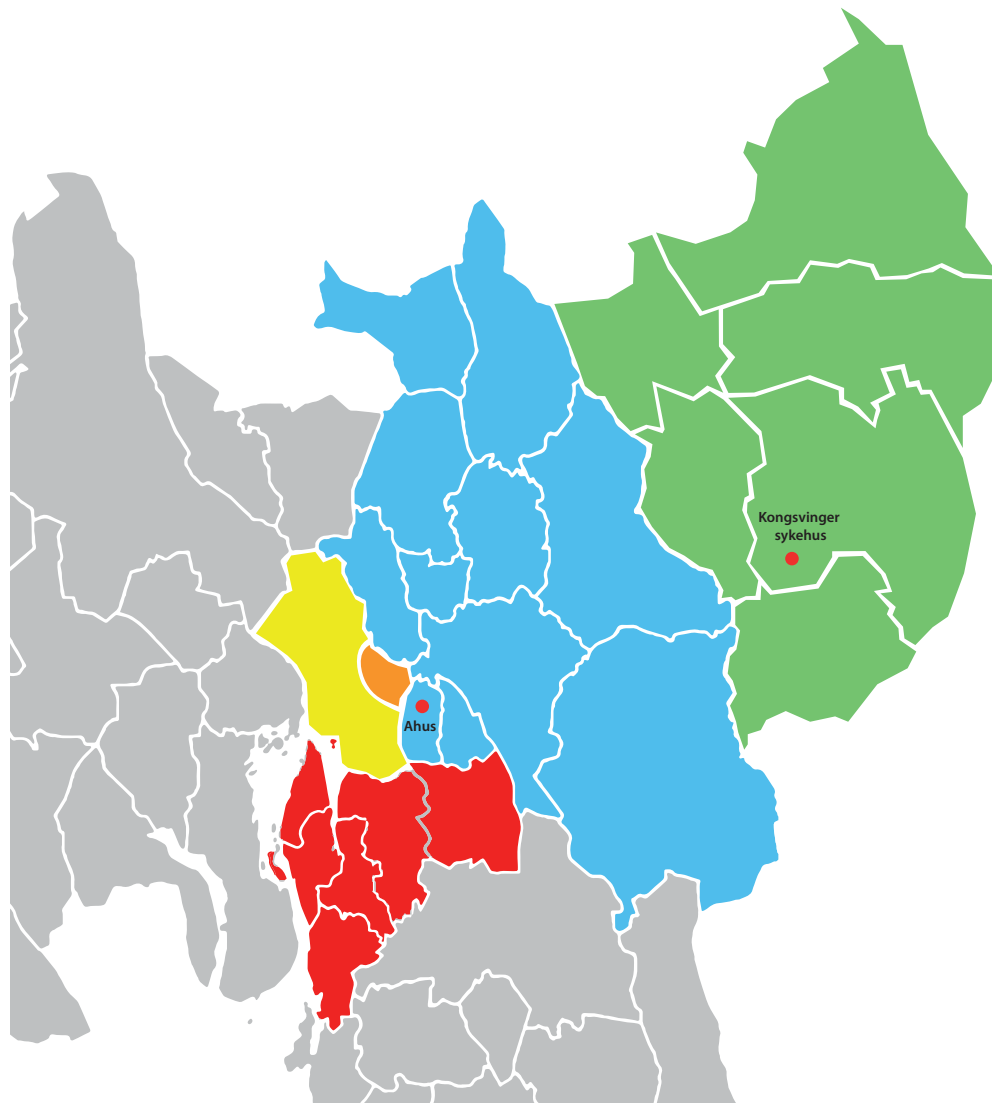
---

<sup>2</sup> Møtereferat, føretaksmøte i Helse Sør-Aust, 29.06.2017. Henta frå: <https://www.regjeringen.no/contentassets/6e660dac3e9343ab94feb6c82d13701b/protokoll-helse-sor-ost-rhf-29062017.pdf>

## 2.1 Situasjonsbilette ved sjukehusa

Kongsvinger sjukehus sto ferdig i 1963 og hadde i 2017 eit opptaksområde på omlag 52.000 menneske. Fordi bygget no snart er 60 år gammalt og ikkje har hatt noko omfattande renovasjon i nyare tid, er det no eit vedlikehaldsetterslep ved sjukehuset som krev merksemd i åra som kjem (Lohfert & Lohfert, 2016, s. 106). Ahus opna dørene for første gang i 1961, då under namnet Sentralsykehuset i Akershus (Tidsskriftet, 2015). I 2001 vart det omgjort til eit universitetssjukehus og i 2004 var det byggjeart for Ahus som ein kjenner det i dag. Det nye sjukehuset ligg på Nordbyhagen, like ved Lørenskog. Det vart opna i oktober 2008, med 705 senger og 23 operasjonssalar (Ahus, 2018). Nye Ahus var rekna for eit pasientgrunnlag på omlag 350.000 menneske i Follo og Romerike. Men allereie i 2011 auka dette pasientgrunnlaget drastisk ved at dei fekk tilført dei menneskerike Oslo-områda Alna, Stovner og Grorud. Endringa hadde bakgrunn i kapasitetsproblem ved sjukehusa i Oslo, og med det auka pasientgrunnlaget til Ahus til 510.000 menneske. Auka i pasientgrunnlag medførte store kapasitetsutfordringar ved Ahus dei påfølgjande åra, og periodar med mange korridorpatientar (Ahus, 2018).

Då Kongsvinger sjukehus vart ein del av Ahus, auka pasientgrunnlaget ytterlegare, med omlag 52.000 menneske. Eit sjukehus som i utgangspunktet vart byggja for 350.000 menneske, har no ansvar for tilbodet av spesialisthelsetenester til omlag 562.000 menneske. Men det å få Kongsvinger sjukehus som ein del av Ahus medfører ikkje berre ei auka i pasientgrunnlag, men òg eit ekstra sjukehusbygg (Ahus, 2018). Kongsvinger sjukehus hadde i fleire år hatt lågt belegg, og Kongsvinger sjukehus kunne på denne måten vere ein viktig bidragsytar for å betre kapasitetsutfordringane på Nordbyhagen, til tross for auka i pasientgrunnlag. Det auka opptaksområde til Ahus HF er illustrert i figur 1. Det blå feltet representerer Romerike og det raude feltet er Follo. Desse områda tilsvara det opphavslege opptaksområde. Det gule er Oslo og oransje feltet viser dei tre Oslo-bydelane Alna, Stovner og Grorud. Det oransje feltet syner første utviding i 2011. Sjølv om området ikkje er særleg geografisk omfang, er det her ei befolkning på omlag 260.000 menneske. Det grøne området representerer Kongsvinger-regionen, som med dette prosjektet no soknar til Ahus.



*Figur 1. Illustrasjon over utvidinga av Ahus HF sitt opptaksområde. Det blå og raude feltet representerer det opphavslege opptaksområde, og det oransje området syner Oslo-bydelane Alna, Grorud og Stovner, som vart innlemma i 2011. Det gule området er resten av Oslo, som ikkje sokna til Ahus HF. Det grøne feltet er den nyleg innlemma Kongsvinger-regionen.*

Fordi norske sjukehus i all hovudsak er eigd av staten og den øvste ansvarlege for sjukehusdrift og helsetilbod er helseministeren, er det ikkje unaturleg at diskusjonar om sjukehusstruktur ofte er eit politisk tema. I tillegg kjem finansieringa av spesialisthelsetenesta til helseføretaka frå statsbudsjettet, som i høgste grad er eit resultat av politiske slutningar og forhandlingar. Sjukehusstruktur er også viktig i lokalpolitikken, då det representerer både befolkninga sin tilgang på helsetenester samt potensielle arbeidsplassar i kommunen eller regionen. Dette gjer politikk til ein sentral premissleverandør for organisering og utvikling av spesialisthelsetenesta, og er derfor svært relevant for å forstå bakgrunnen for denne endringa i sjukehusstruktur.

## 2.2 Kronologisk hendingsløp

Ut i frå møtedokument og medieutspel, kan ein sjå at prosessen med føretakstilhøyring til Kongsvinger sjukehus har vore langvarig og eit heitt lokalpolitisk tema i ei årrekkje. Som vi no skal sjå, var det ei oppleving av at Kongsvinger sjukehus fekk ein stadig svekkja posisjon i Sjukehuset Innlandet HF, med kutt i økonomiske tilskot frå helseføretaket over fleire år. Desse kuttane førte til ei uro knytt til framtida til sjukehuset. Mange engasjerte seg i saka og det var i ein periode ei eiga aksjonsgruppe på Kongsvinger som kjempa for framtida til sjukehuset. Den omfattande historikken bak overføringa av Kongsvinger sjukehus er her gjort greie for med eit utval av mediesaker og politiske utspel, og er illustrert i figur 2.

### 2003-2010

I følgje lokalavisa i Kongsvinger-området, Glåmdalen, vart føretaksoverføringa av Kongsvinger sjukehus eit tema allereie i 2003 (Fossen, 2013). Eg har forsøkt å få stadfesta dette av Sjukehuset Innlandet, men har diverre ikkje fått svar på henvendingane mine. Sidan den tid har diskusjonar om Kongsvinger sjukehus jamleg dukka opp i lokalavisa.

I 2008 opnar nye Ahus dørene for første gang og var eit topp moderne sjukehus. Sjukehuset hadde då ansvar for spesialisthelsetenester for omlag 350.000 menneske i Follo og Romerike (Ahus, 2018).

### 2011-2013

Lokallaga til dei politiske partia Høgre, Pensjonistpartiet, Framstegspartiet, Venstre, Senterpartiet og Kristeleg folkeparti i Kongsvinger inngjekk samarbeidsavtala "Kongsvinger-avtala 2011-2015". Samarbeidsavtala slo fast at dei ville arbeide for at "Kongsvinger sjukehus framleis skal vere eit fullverdig lokalsjukehus med fødeavdeling og akuttfunksjon" (Kongsvinger Venstre, 2011). I 2012 godtok Sjukehuset Innlandet ei utgreiing av føretaksoverføringa av Kongsvinger sjukehus til Ahus, og Helse Sør-Aust ga klarsignal til utgreiinga<sup>3</sup>. Sjølve utgreiinga byrja likevel ikkje før i 2015. I perioden 2011-2013 var Ahus prega av kapasitetsproblem og korridorpasientar som følgje av auka opptaksområde ved

---

<sup>3</sup> Sjukehuset Innlandet HF – Utviklingsplan, viser til styresak 060-2012 "Helhetlig utviklingsplan". Henta frå: [http://admininfo.helse-sorost.no/styredokumenter/\\_SIHF/SM\\_04\\_19042013\\_036-2013%20Vedlegg%201%20Utviklingsplaner\\_SykehusetInnlandet%20v1.1.pdf](http://admininfo.helse-sorost.no/styredokumenter/_SIHF/SM_04_19042013_036-2013%20Vedlegg%201%20Utviklingsplaner_SykehusetInnlandet%20v1.1.pdf)



tilføyning av bydelane Alna, Stovner og Grorud. Kapasitetsproblema ga negative medieoppslag og mykje uro som varte i fleire år (Normann, Mikkelsen, Kippernes, 2013).

Frå 2013 var det ei rekkje medieutspel frå ulike hald der det kom fram at tilsette og innbyggjarane på Kongsvinger ønskja rask avklaring om føretakstilhøring for sjukehuset. Blant anna sa ein tillitsvalt ved sjukehuset til lokalavisa Glåmdalen at han frykta at sjukehuset var i ferd med å miste akutfunksjonane, dersom budsjettforslaget med innsparingskrav frå Sjukehuset Innlandet vart ein realitet (Fossen, 2013). Den sumaren fekk Kongsvinger sjukehus besøk av Bent Høie, som då var helsepolitisk talsmann i Høgre og seinare det året vart ny helseminister. Høie hadde ein tydelege bodskap om at det er uheldig at det stadig var uro om framtida til Kongsvinger sjukehus og at det var eit klart behov for oppretthalde drifta av sjukehuset i åra framover (Hagen, Kjæstad, Trollaldalen, 2013).

Hausten 2013 deltok over 6000 menneske i demonstrasjonstog for å verne om Kongsvinger sjukehus og markere si frykt for at akutfunksjonar og fødeavdelinga skulle forsvinne (Lien, 2013). I eit allmøte mellom dei tilsette ved sjukehuset og leiinga i Sjukehuset Innlandet var det fleire spørsmål frå tilsette som var uroa for å miste jobben (Rikoll, Trollaldalen, 2013). Den hausten kom det også eit brev frå Glåmdal Regionråd til styret ved Sjukehuset Innlandet, der dei etterlyste utgreiinga av føretaksoverføringa som Helse Sør-Aust ga klarsignal til året før. Regionrådet såg på det som uansvarleg at utgreiingsprosessen tok så lang tid, og at det var pasientane som vart ramma av dette (Østgaard, 2013).

Aksjonsgruppa "Slå ring om Kongsvinger sykehus" jobba denne perioden aktivt for å sikre framtida til sjukehuset, blant anna gjennom dialogmøter med administrerande direktør ved Sjukehuset Innlandet og divisjonsdirektør ved Kongsvinger sjukehus. Også dette forumet vart nytta til å tydeleggjere ønskje om å kome i gang med utgreiinga for å overføre Kongsvinger sjukehus til Ahus<sup>4</sup>.

## **2015-2018**

I august 2015 bad helseminister Høie om at Helse Sør-Aust gjennomførte ei utgreiinga om føretaksoverføring av Kongsvinger sjukehus. Ministeren uttalte at hans førespurnad om

---

<sup>4</sup> Møtereferat, dialogmøte mellom "Slå ring om Kongsvinger sykehus" og Sjukehuset Innlandet, 12.05.2014. Henta frå: [http://admininfo.helse-sorost.no/styredokumenter/\\_SIHF/SM\\_05\\_28052014\\_051-2014%20vedlegg%2005%20M%C3%B8tereferat%2012%2005%2014%20SI%20Kongsvinger.pdf](http://admininfo.helse-sorost.no/styredokumenter/_SIHF/SM_05_28052014_051-2014%20vedlegg%2005%20M%C3%B8tereferat%2012%2005%2014%20SI%20Kongsvinger.pdf)

utgreiing hadde bakgrunn i henvendingar frå politikarar og brukarar i Kongsvinger-området, og utgreiinga skulle gje Høie eit godt slutningsgrunnlag om overføringa (Engh, 2015).

Utgreiingsprosessen enda med at styret i Helse Sør-Aust i juni 2017 kom med ei innstilling til helseminister Høie om at "det ikke gjøres endring i foretakstilhørigheten for Kongsvinger sykehus nå. Dette fordi gevinstene ved en slik endring ikke står i rimelig forhold til den risiko og de omkostninger som endringen innebærer"<sup>5</sup>. Vidare sa innstillinga at ei ny vurdering kunne takast når eit meir moderne IKT-system var på plass i Helse Sør-Aust. Helseregionen foreslo likevel i si innstilling at eit samarbeid mellom Ahus og Sjukehuset Innlandet kunne etablerast for å nytte Kongsvinger sjukehus til å avlaste kapasitetsproblematikken ved Ahus. Sjølv med ei så tydeleg innstilling frå Helse Sør-Aust om å vente med ei eventuell overføring av Kongsvinger sjukehus, valte helseminister Høie likevel å vedta overføringa i føretaksmøte i Helse Sør-Aust RHF i slutten av juni 2017.

Som følgje av dette vedtaket frå helseminister Høie, byrja første fase i arbeidet om overføring av Kongsvinger sjukehus i januar 2018. Dette arbeidet fortsette gjennom heile 2018.

## **2019**

Fase I av overføringa vart avslutta då Kongsvinger sjukehus formelt vart ein del av Ahus 1. februar 2019. Frå april fylgde fase II av prosjektet, som gjekk inn på både korleis Kongsvinger skal organiserast inn i Ahus og korleis funksjonsfordelinga skal vere<sup>6</sup>. I november var det klart at sjukehusleiinga gjekk for fagdivisjonisering som organiseringsmodell. Den nye organiseringa skal ha verknad frå 01.01.2021. I fase II vart det også slått fast at kommunane Ullensaker og Eidsvoll vidare skal få sine lokalsjukehusfunksjonar på Kongsvinger.

## **2020**

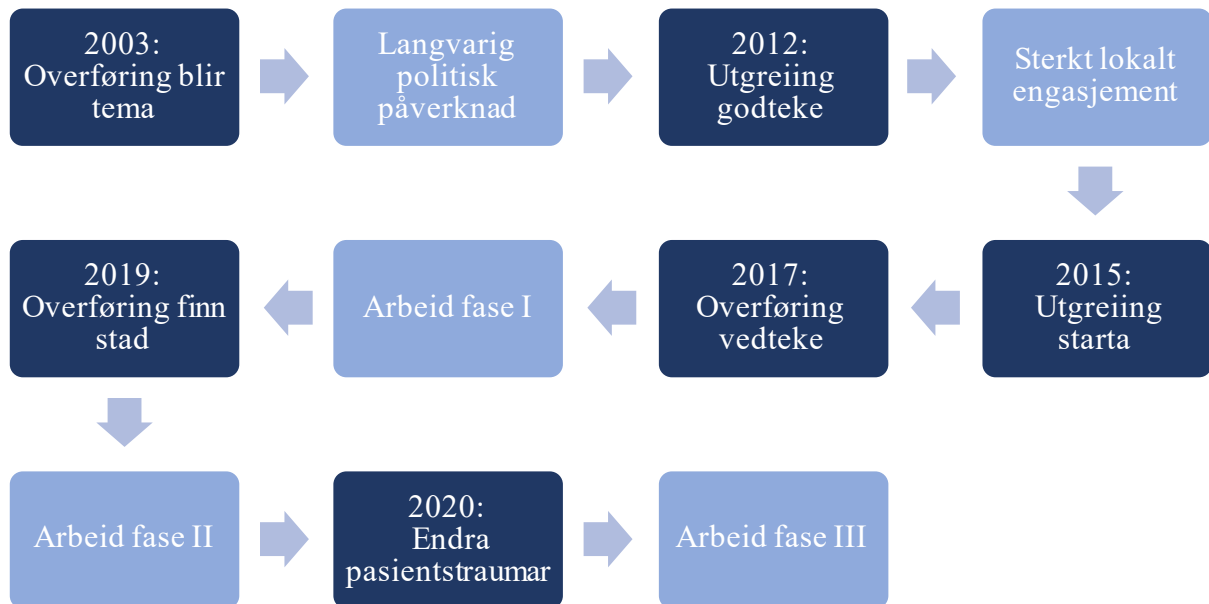
På nyåret startar arbeid fase III av Kongsvinger-prosjektet. Mandatet for arbeidet med denne fasa vart vedteke av sjukehusleiinga i november 2019 og formålet med fasa er å implementere dei vedtekne endringane i pasientstraumar for kommunane Ullensaker og Eidsvoll, og arbeide

---

<sup>5</sup> Møtereferat, styret i Helse Sør-Aust RHF, 17.06.2017. Henta frå: <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Godkjente%20protokoller/-%20Godkjent%20protokoll%20styrem%C3%B8te%2015%20%20juni%202017.pdf>

<sup>6</sup> Mandat Kongsvinger-prosjektet fase II, vedteke av sjukehusleiinga ved Akershus universitetssjukehus 09.04.2019. Internt dokument.

vidare med både funksjonsfordelinga mellom Nordbyhagen og Kongsvinger, og den nye organisasjonsmodellen med fagdivisjonisering<sup>7</sup>.



Figur 2. Illustrasjon over viktige hendingar for bakgrunnen til føretaksoverføringa og i løpet av endringsprosessen

## 2.3 Offentlege føringar om stadleg leiing

I Noreg er offentlig sjukehus organisert i fire helseregionar og 29 helseføretak. I mange tilfelle vil eit helseføretak bestå av fleire sjukehus. Til dømes har Sjukehuset Innlandet fram til overføringa av Kongsvinger sjukehus bestått av seks sjukehus på Innlandet. Aktivitet ved fleire sjukehus på ulike geografiske lokasjonar, gjer at diskusjonar om organisering- og leiingsstrukturar er relevant når ein diskuterer sjukehusstruktur i eit helseføretak. Dei siste åra har det vore spesielt stort fokus på stadleg leiing og einskapleg leiing. Eg definerer stadleg leiing som at leiaren har sin daglege arbeidsplass på same geografisk lokasjon som dei menneska vedkomande er leiar for, medan einskapleg leiing er når éin person har det fulle ansvaret for ei organisatorisk eining. Altså har ein diskutert i kva grad det skal vere éin leiar som har ansvar

<sup>7</sup> Mandat Kongsvinger-prosjektet fase III, vedteke av sjukehusleiinga ved Akershus universitetssjukehus 26.11.2019. Internt dokument

for til dømes ei avdeling, og om denne leiaren bør jobbar på same plass som resten av avdelinga. Som vi snart skal sjå, var ein slik diskusjon ein stor del av arbeidet med Kongsvinger-prosjektet. Det er ikkje lovpålagd å ha stadleg leiing i sjukehus, men det er krav om at "sjukehus skal organiserast slik at det er ein ansvarleg leiar på alle nivå" (Spesialisthelsetenestelova, 1999, § 3-9). I 2013 kom det eit rundskriv frå Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) om leiing i sjukehus, med departementet sine kommentarar til spesialisthelsetenestelova. Der blir det presisert at det skal vere éin ansvarleg leiar på kvart nivå, og at det dermed ikkje er mogleg å dele opp leiaransvaret mellom fleire personar. Vidare utdjuar departementet at kravet om éin ansvarleg leiar gjeld alle organisatoriske einingar som forvaltar tildelte ressursar, til dømes ein divisjon eller avdeling (HOD, 2013, s. 40).

Prinsippet om einskapleg leiing vart også presisert i ei norsk offentleg utgreiing (NOU) om organisering av spesialisthelsetenesta frå 2016. Målet med den einskapleg leiinga er å skape tydelege ansvarslinjer i sjukehusa (NOU 2016:25, s. 108). I utgreiinga gjekk ein òg nærare inn på kva stadleg leiing inneberer. Utgreiinga peiker på at stadleg leiing har tett samband med kva fullmakter denne leiaren har, og då at ein stadleg leiar må ha "nødvendige fullmakter til å kunne utøve reell leiing av dei tilsette" (NOU 2016:25, s. 110). Den stadlege leiaren har ansvar for sikre at verksemda leverer god pasientbehandling og må derfor ha handlingsrom og myndigheit til å ivareta dette ansvaret på ein tilfredsstillande måte. Vidare viser utgreiinga til at det i Stortinget si behandling av Nasjonal helse- og sjukehusplan for 2015-2019 vart lagt stor vekt på at stadleg leiing er eit viktig prinsipp, noko som resulterte i eit vedtak i Helse- og omsorgskomiteen om at stadleg leiing skulle bli hovudregelen i norske sjukehus (NOU 2016:25, s. 111). Argumentasjonen var basert på at lange slutningslinjer kan føre til utryggleik rundt ansvarsfordeling, samt at stadleg leiing var sentralt for å betre samarbeid mellom sjukehusa. Sjølv om det ikkje er tydelege føringar for korleis stadleg leiing skal løysast ved norske sjukehus, er det likevel ei klar anbefaling om at stadleg leiing skal etterstrevas.

## **2.4 Implementering i fleire fasar**

### **2.4.1 Fase I**

Arbeidet med overføringa av Kongsvinger sjukehus til Ahus har vore delt inn i fasar, med underliggjande delprosjekt der fase I var sjølv overføringa av sjukehuset. Det vart tidleg fastslått av Kongsvinger sjukehus skulle overførast "as is". Ein kunne då fokusere på å

gjennomføre overføringa på best mogleg måte, utan diskusjonar om funksjonsfordeling mellom Nordbyhagen og Kongsvinger. Fase I byrja i januar 2018 og varte fram til sjølv overføringa fant stad, 1. februar 2019. Helse Sør-Aust etablerte eit regionalt prosjekt for å leie sjølv verksemdsoverføringa av Kongsvinger sjukehus. Helse Sør-Aust hadde eit ansvar for den overordna koordineringa mellom dei to helseføretaka i denne delen av prosjektet. Av styringsdokumentet for eit delprosjekt, som omhandla IKT og medisinsk-teknisk utstyr, framgår det at fordi Ahus HF og Sjukehuset Innlandet HF har ulike IKT-plattformer, skulle Kongsvinger sjukehus over på Ahus sin tekniske plattform<sup>8</sup>. Teknisk overføring hadde ei så stor rolle i delprosjektet, og Sjukehuspartner hovudleverandør for dette arbeidet.

På Ahus vart det oppretta eit mottaksprosjekt. Dette prosjektet vil visast til som Kongsvingerprosjektet fase I, og målet var å førebu overføringa og sikre trygg og effektiv mottaking av Kongsvinger sjukehus<sup>9</sup>. I følgje mandatet for fase I av overføringsprosjektet, var ei føresetnad for at overføringa skulle gjennomførast at det var ei full verksemdsoverdraging, der Ahus overtok ansvaret for pasientar i opptaksområdet, personell og totaløkonomi, inkludert bygg og medisinsk-teknisk utstyr<sup>10</sup>. Prehospitale tenester ved Ahus vert levert av Oslo universitetssjukehus HF (OUS), og ansvaret for desse tenestene for innbyggjarane i Kongsvinger-området skulle derfor overførast til OUS. For sjølv verksemdsoverføringa viser mandatet for Ahus sitt mottaksprosjektet til det regionale overføringsprosjektet til Helse Sør-Aust, medan mottaksprosjektet ved Ahus skulle sørge for å tilpasse deira drift til overføringa. Mottaksprosjektet var organisert med eigne delprosjekt for ulike områder av pasientbehandling, økonomi, IKT og medisinsk-teknisk utstyr, HR og bygg, eigendom og internservice. Kvar av delprosjekta besto av arbeidsgrupper med deltakarar frå berørte partar, samt verneombod og brukarrepresentantar. Det tidlegare nemnde styringsdokumentet for Helse Sør-Aust sitt regionale prosjekt, delprosjekt for IKT, illustrerer kompleksiteten i den tekniske overføringa av Kongsvinger sjukehus, med eit omfattande leveranseomfang og budsjettert totalkostnad på 56.3 millionar kroner. I styringsdokumentet er det òg presentert detaljerte prosjektplanar, risikoanalyse og gjennomføringsstrategiar. Sidan dette prosjektet omhandla teknisk overføring,

---

<sup>8</sup> Helse Sør-Aust sitt styringsdokument for overføringa av Kongsvinger sjukehus, fase I, delprosjekt 3. Internt dokument.

<sup>9</sup> Mandat Kongsvinger-prosjektet fase I, vedteke av sjukehusleiinga ved Akershus universitetssjukehus 09.01.2018. Internt dokument.

<sup>10</sup> Mandat Kongsvinger-prosjektet fase I, vedteke av sjukehusleiinga ved Akershus universitetssjukehus 09.01.2018. Internt dokument.

dreia mykje av arbeidet seg om å planlegging og gjennomføring av sjøve overføringa av Kongsvinger sjukehus 1. februar 2019.

I følgje eit skriv om overføringshelga med informasjon om organisering og beredskap, vart det i forkant av overføringshelga gjort eit omfattande førebuingsarbeid på fleire områder<sup>11</sup>. Gjennom overføringshelga var det nedetid på teknisk utstyr for å mogleggjere sjøve overføringa, og sjukehusea på Kongsvinger og Nordbyhagen måtte då bruke manuelle rutinar for pasientbehandling. På Kongsvinger sjukehus vart planlagd aktivitet redusert så mykje som mogleg, medan ein på Nordbyhagen framleis hadde noko meir aktivitet, men hadde eit mål om å ha færrest mogleg inneliggjande pasientar gjennom helga. Den planlagde nedetida gav avdelingane høve til å førebu seg til manuelle rutinar, i tillegg til at dei hadde lesetilgang til fleire av dei mest brukte datasystema gjennom helga, som til dømes DIPS. Som ein del av beredskapsplanar har alle sjukehus rutinar for uventa nedetid av IKT-system, og slik sett kan ein vere godt rusta til å handtere slik planlagd nedetid. Førebuinga til helga inneheldt også opplæring til dei tilsette på Kongsvinger i dei nye datasystema og det vart rigga ein prosjektstruktur som inkluderte nøkkelpersonell med nødvendig slutningsmyndigheit for å sikre rask problemløysing. Vidare var ein viktig del av dei risikoreduserande tiltaka å ha tett dialog med primærhelsetenesta og sikre tilstrekkeleg bemanning. I dialog med primærhelsetenesta vart det fastsett ei målsetjing om å redusere tal sjukehusinnleggingar så mykje som mogleg og bemanning på dei tilknytte legevaktene vart auka. Den interne bemanninga på Nordbyhagen og Kongsvinger vart styrka, med mål om å hindre opphoping på akuttmottaket og oppretthalde utskrivingsaktiviteten på sengepostane. Det var òg styrka nærvær av beredskapsleiar på begge lokasjonar, og administrativt personell frå Nordbyhagen var til stades på Kongsvinger gjennom helga for å hjelpe dei tilsette på Kongsvinger med pålogging og bruk av Ahus-systema. Den grundige planlegginga kan sjå ut å ha resulterte i ei overføring utan forseinkingar og at systema var i drift og funksjonelle ved utgangen av helga, som planlagd.

## **2.4.2 Fase II**

Fase II starta i april 2019 og det var i denne fasa ein skulle sjå på endring i organisering og korleis oppgåvene skulle fordelast mellom sjukehusa i Ahus helseføretak. Dette vart gjort med

---

<sup>11</sup> Informasjonsskriv om overføringshelga – organisering og beredskap, laga av Akershus universitetssjukehus. Internt dokument.

to delprosessar, der den første såg på hovudmodellar for organisering og delprosjekt to gjekk inn på pasientstraumar og behandling<sup>12</sup>. Målet i fase II var å finne moglege løysingar for korleis nytte kompetansen og kapasiteten ved Kongsvinger sjukehus på best mogleg måte for å bidra til at innbyggjarane i opptaksområdet til Ahus får så godt tilbod av spesialisthelsetenester som råd. I følgje mandatet for fase II skulle "balansert utvikling" prioriterast og føretaket skulle "sentralisere det vi må, og desentralisere det vi kan". I mandatet vart det presentert ei oversikt over kven som kunne bli påverka av eventuelle endringar fasa resulterte i, og både interne og eksterne partar vart løfta fram. Av interne partar vart det presisert at tilsette ved sjukehusa på både Kongsvinger og Nordbyhagen kunne bli påverka av endringar og måtte derfor involverast i prosjektet. Det vart også påpeika at det er viktig av representantar frå begge lokasjonar var representert og jobba mot eit felles mål. Vidare vart det i mandatet stadfesta at mange eksterne partar ville bli påverka av eventuelle endringar i pasientstraumar, og ein inviterte derfor berørte kommunar, brukarrepresentantar, prehospitale tenester og fastlegar inn i arbeidet. Prosjektmetodikken for involvering av interne og eksterne partar var blant anna høyringsrunde, fagmøter, workshop, dialogmøter og informasjonsarbeid.

I følgje mandatet var det ein realistisk, men ambisiøs tidsplan for fase II av Kongsvinger-prosjektet. Dette var for å kunne fatte slutningar om eventuelle organisatoriske endringar tidleg nok til å kunne iverksetje endringane frå 1. januar 2020. Prosjektplanen la opp til at utgreiingsprosess for organiseringsmodell og pasientstraumar byrja april 2019, og presentasjon av prosjektgruppa sine vurderingar og anbefalingar skulle kome i juni. Slutning om organisasjonsmodell skulle vere klar tidleg på hausten, medan resten av hausten skulle brukast til å diskutere pasientstraumar. I risikovurderinga i mandatet anerkjenner prosjektgruppa den ambisiøse tidsplanen kunne bli utfordrande, då det var viktige problemstillingar som skal greiast ut. Dette skulle løysast ved å først prioritere å fullføre delprosjektet om organisering, før ein flytta fokuset til pasientstraumar. Arbeidet med fase II resulterte i at sjukehusleiinga fatta vedtak i november 2019 om organisatoriske endringar og somme justeringar i pasientstraumar<sup>13</sup>. Vi skal no sjå nærare på innhaldet arbeidet som vart gjort med denne fasa.

---

<sup>12</sup> Mandat Kongsvinger-prosjektet fase II, vedteke av sjukehusleiinga ved Akershus universitetssjukehus 09.04.2019. Internt dokument.

<sup>13</sup> Møtereferat, sjukehusleiinga ved Akershus universitetssjukehus, 26.11.2019. Internt dokument.

## Organisasjonsmodell

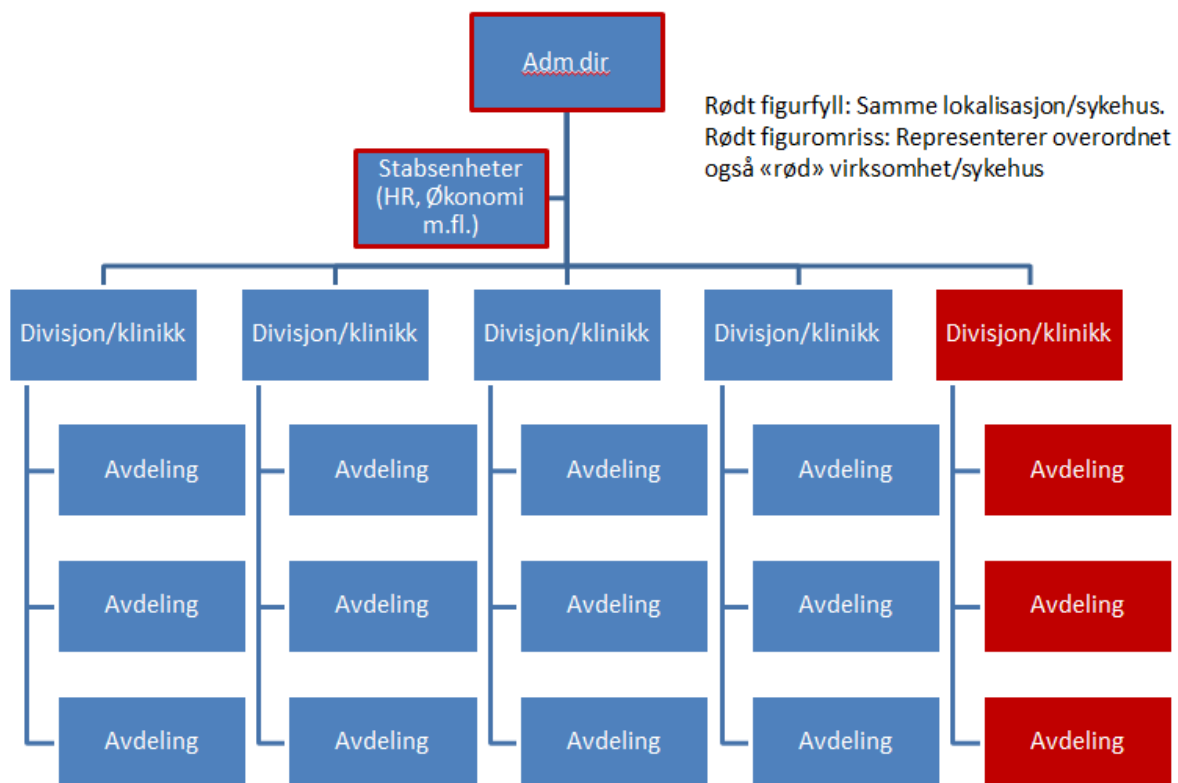
I Noreg er det i dag to hovudmodellar for organisering av helseføretak, i følgje den nemnde NOU-en frå 2016 om organisering av spesialisthelsetenesta. Ein av desse blir omtalt som fagdivisjonisering eller tverrgåande klinikkar. Her har ei gjennomgåande leiing på tvers av sjukehusa i føretaket for kvart enkelt fagfelt. Med ein slik modell vil til dømes all gastrokirurgisk aktivitet i føretaket vere organisert i same avdeling. Fordelen med ei slik organisering er at modellen legg til rette for god ressursnyting og funksjonsfordeling på tvers av sjukehusa i føretaket. Ulempa med denne løysinga er mangelen på stadleg leiing, som kan medføre dårleg kontakt mellom leiinga og det utøvande helsepersonellet (NOU 2016:25, s. 110). Den andre modellen er divisjonsmodellen. Denne løysinga inneber ei leiarlinje der ein stadleg leiar har ansvar for den heilskaplege aktiviteten for eit eller fleire fagområde ved sjukehuset. Då kan ein til dømes ha ei rekkje divisjonar ved sjukehuset på Nordbyhagen, delt inn etter fagområde, medan all aktivitet ved Kongsvinger sjukehus blir organisert som ein divisjon. Ved bruk av divisjonsmodell er det utfordrande å få like god ressursutnyting på føretaksnivå, men prinsippet om stadleg leiing vil bli godt ivareteke (NOU 2016:25, s. 110). Det er òg mogleg å kombinere divisjonsmodell og tverrgåande klinikkar, der somme funksjonar blir ståande som divisjonar for kvart av sjukehusa medan andre funksjonar blir organisert som tverrgåande klinikkar på tvers av sjukehusa i helseføretaket (NOU 2016:25, s. 110). Til dømes kan ein organisere majoriteten av verksemda ved Kongsvinger sjukehus som ein divisjon, medan enkelte fagområder, som føde- og gynekologi, er organisert som tverrgåande klinikk der avdelinga på Kongsvinger sjukehus er ein del av divisjon for føde- og gynekologi på Nordbyhagen.

Ei oppgåve skriven av ein deltakar i det nasjonale toppleiarprogrammet, eit skuleringsprogram for framtidige leiarar i spesialisthelsetenesta, ser på stadleg leiing og vurderer dette i lys av overføringa av Kongsvinger sjukehus til Akershus universitetssjukehus, og korleis stadleg leiing blir ivareteke ved to ulike hovudmodellane for organisering (Skei, 2019). Det blir fastslått at stadleg leiing kan ivaretakast med fleire ulike organisasjonsmodellar, men drøftar moglege konsekvensar av dei to ulike organiseringsmodellane som var aktuell i dette tilfellet. Oppgåva foreslår kritiske suksessfaktorar og sentrale premisser for val av organisasjonsmodell, med mål om å sikre at dei fire kjerneoppgåvene til sjukehus blir løyst best mogleg. Desse kjerneoppgåvene er pasientbehandling, forskning, undervisning og pasientopplæring. For å sikre dette er føreslåtte suksessfaktorar blant anna å finne ei løysing som tilfredsstill formelle krav til



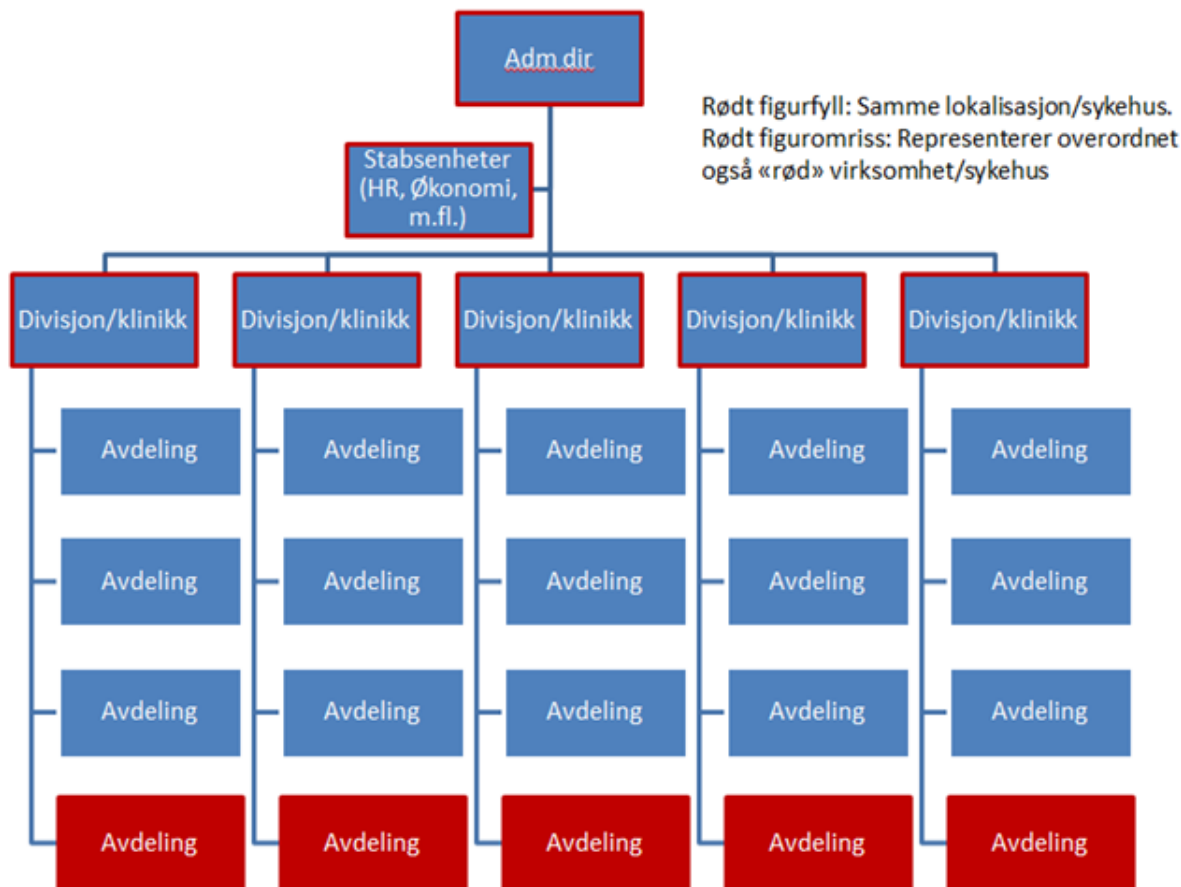
stadleg leiing, har tydeleg ansvarsforhald og klart definerte leiarlinjer. I tillegg må den bidra til fagleg samarbeid mellom Nordbyhagen og Kongsvinger for å sikre eit mest mogleg likeverdig tilbod. Løysinga bør òg leggje til rette for god ressurs- og kapasitetsutnytting ved Ahus samla sett og ein bør sikre nødvendig koordinering av aktiviteten ved Kongsvinger sjukehus. Utover dette bør utgreiingsprosessen sikre at aktuelle interessentar blir inkludert og høyrte (Skei, 2019). Denne oppgåva var ein del av sakspapira då mandatet for fase II vart vedteke i sjukehusleiinga, og funn i oppgåva har blitt nytta ved fleire andre høver i prosjektgruppa sitt arbeid. Då den har fått såpass stor merksemd i prosjektgruppa sitt arbeid, vil eg òg basere meg på denne når vi no skal sjå nærare på dei to organisasjonsmodellane.

Både Ahus og Kongsvinger sjukehus var fram til føretaksoverføringa organisert etter divisjonsmodellen. Modellen er hierarkisk framstilt i figur 3. Ahus Nordbyhagen var delt inn i åtte divisjonar, der i blant kirurgi, kvinneklinikk og eigen divisjon for diagnostikk og teknologi. Kongsvinger sjukehus har tidlegare vore ein divisjon under Sjukehuset Innlandet og er enn så lenge ein eigen divisjon i Ahus. Altså kan eit større sjukehus vere delt inn i fleire divisjonar, medan eit mindre sjukehus er organisert som éin divisjon. Dette er ein modell som allereie er godt kjend for begge partar og som opprettheld forventningar til stadleg leiing. I ein slik modell vil divisjonsdirektørane ved kvart av sjukehusa rapportere til administrerande direktør i føretaket og ein må difor sikre samarbeid mellom sjukehusa i føretaket (Skei, 2019). Sjølv om slike samarbeidsavtaler måtte etablerast, ville ikkje denne modellen medføre særlege endringar i organisasjonen og ein unngår omfattande endring. Risikoen ved denne modellen var at den totale kapasiteten ved Ahus HF ikkje vart utnytta godt nok, og at ein altså ikkje lukkast med å etablere eit samarbeid som var effektivt nok.



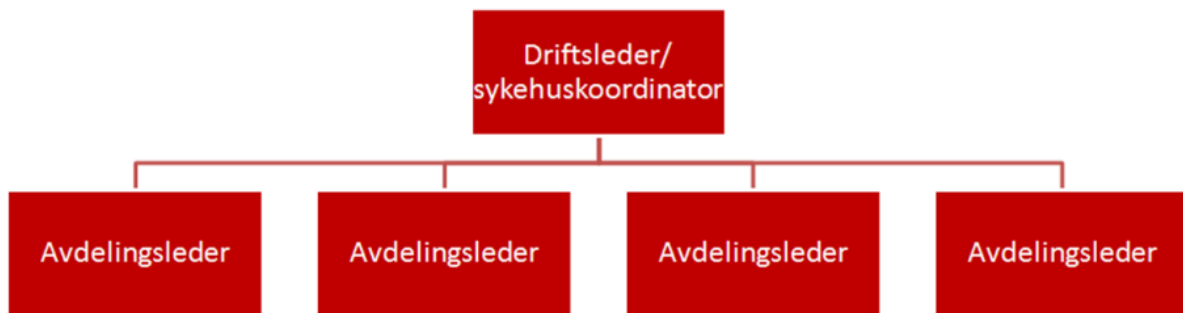
Figur 3. Hierarkisk framstilling av divisjonsmodell (Skei, s. 5, 2019). Med dette alternativet vil Kongsvinger sjukehus halde fram som eigen divisjon, som vist med raud farge.

Fagdivisjonisering, som var den andre moglege hovudmodellen, inneber at funksjonane ved Kongsvinger sjukehus vart lagt inn i Ahus sin struktur i dei somatiske fagdivisjonane. Her vil kvart fagområde bli organisert som ein divisjon og denne divisjonen vil ha aktivitet ved sjukehusa både på Nordbyhagen og Kongsvinger, som framstilt i figur 4. Fagdivisjonisering legg godt til rette for fagleg samarbeid på tvers av lokasjonar og god ressursutnytting. For situasjonen ved Ahus HF, ville val av denne modellen medføre større organisatoriske endringar i helseføretaket, då denne modellen skil seg frå korleis helseføretaket var organisert ved overføringa av Kongsvinger sjukehus (Skei, 2019).



Figur 4. Hierarkisk framstilling av fagdivisjonisert modell (Skei, s. 6, 2019). Her vil funksjonane ved Kongsvinger sjukehus vere tilknytt dei ulike divisjonane ved sjukehuset på Nordbyhagen, organisert etter fagområde.

Ein reindyrka fagdivisjonisert modell har ikkje ein koordinerende leiar for den heilskapelege aktiviteten ved kvart av sjukehusa, men ein kan då leggje inn ein koordinatorfunksjon for å sikre den lokale koordineringa, som illustrert i figur 5. Dette har blitt gjort ved fleire andre helseføretak, men funksjonen til denne lokale koordinatoren praktiserast ulikt (Skei, 2019). Denne rolla skal kompensere for den manglande lokale koordineringa ein fagdivisjonisert modell medfører.



Figur 5. Mogleg løysing for lokal koordinator på Kongsvinger sjukehus ved fagdivisjonisert modell (Skei, s. 7, 2019). Ei slik løysing kan nyttast for å ivareta forventingar til stadleg leiing.

Hovudkonflikta mellom dei to organisasjonsmodellane var mellom behovet for intern koordinering på Kongsvinger sjukehus, og behovet for fagleg samarbeid og best mogleg ressurs- og kapasitetsutnytting. Koordineringa ville bli best ivareteke av divisjonsmodellen, medan samarbeid og ressurs- og kapasitetsutnytting var klare fordelar ved fagdivisjonisering. Dette kom også fram i ein delrapport om fase II frå prosjektgruppa som vart lagt fram på eit møte i sjukehusleiinga i midten av juni 2019<sup>14</sup>. Temasaka på møtet omhandla val av organisasjonsmodell og retningsval for pasientforløp. Prosjektgruppa besto av både brukarar, tillitsvalte og verneombod. Gruppa si oppmoding til sjukehusleiinga var å vidareføre ordninga med Kongsvinger sjukehus som eigen divisjon, og at det måtte utarbeidast gode samarbeidsavtaler mellom sjukehusa som adresserte felles fagprosedyrar, tydeleg ansvarsfordeling, økonomiske konsekvensar og definerings av kven som har slutningsmyndigheit ved usemje. Utvalskriteria dei baserte si oppmoding på var likeverdige tenestekvalitet, kapasitetsutnytting hjå begge lokasjonar, strategi, felles leiing og HMS-perspektivet. HMS-perspektivet definerte dei som kva krav som ligg til rolla som driftskoordinator, arbeidshøva for leiarar ved både Nordbyhagen og Kongsvinger, og effektar på arbeidsmiljøet. Dette perspektivet vart tillagd stor vekt av prosjektgruppa og blir i følgje gruppa ikkje ivareteke i tilstrekkeleg grad ved fagdivisjonisering. I prosjektgruppa sin delrapport meiner dei vidare at fagdivisjonisering gjev gode høver for sterk fagleg styring, men er kritisk til lange leiarlinjer og løysinga med ein lokal koordinator for drifta på Kongsvinger. Rapporten presiserer også at ei omorganisering til fagdivisjonisering vil medføre stor risiko knytt til nok ei omfattande endringa for tilsette på Kongsvinger, då dette kan føre til oppdelte fagmiljø ved sjukehuset. I rapporten utdjupar gruppa bakgrunnen for si

<sup>14</sup> Delrapport Kongsvinger fase II - anbefalingar frå prosjektgruppa til styringsgruppa, sak i sjukehusleiinga ved Akershus universitetssjukehus 18.06.2019. Internt dokument.

oppmoding om divisjonsmodell med samarbeidsavtaler med at dette alternativet i deira auge ivaretek alle utvalskriteria, men presiserer at det uavhengig av organisasjonsmodell er viktig at fagmiljøa ved dei to lokasjonane blir betre kjend med kvarandre gjennom til dømes fag-til-fag møter. Det metodologiske grunnlaget for delrapporten opplystast å vere prosjektgruppemøter, workshop på divisjonsnivå og møter i ei oppnemnd referansegruppe. Referansegruppa besto av kommunerepresentantar frå opptaksområdet til Ahus.

Kort tid etter at temasaka var oppe i sjukehusleiinga vart det invitert til intern og ekstern høyringsrunde der aktørane vart bedt spesifikt om å svare ut kva fordelar og ulemper dei såg for dei to modellane, samt kva tiltak som kunne kompensere for dei identifiserte ulempene<sup>15</sup>. Høyringsnotatet som vart sendt ut inkluderte presentasjon av dei to modellane og skilnaden mellom dei to. For divisjonsmodell vart det løfta fram at ein kan oppnå god ressursutnytting på tvers av dei tradisjonelle fagområda dersom Kongsvinger sjukehus er organisert som ein divisjon, men at modellen gjev få insentiv til god kapasitetsutnytting på tvers av lokasjonar, då flytting av oppgåver mellom sjukehusa på Nordbyhagen og Kongsvinger også vil kunne medføre flytting av inntekter, og på denne måten skape konkurranse om pasientane. For å kompensere for svakheitene med modellen, ville ein utvide opptaksområdet til Kongsvinger sjukehus ved å la kommunane Eidsvoll og Ullensaker få sine lokalsjukehusfunksjonar på Kongsvinger. Dette kunne skape betre kapasitetsutnytting på Kongsvinger og samtidig avlaste Nordbyhagen. Høyringsnotatet la opp til at felles prosedyreverk og gode fag-til-fag møter og rotasjon av kompetent personell, skulle sikre at alle tenestene i Ahus HF var av same høge kvalitet.

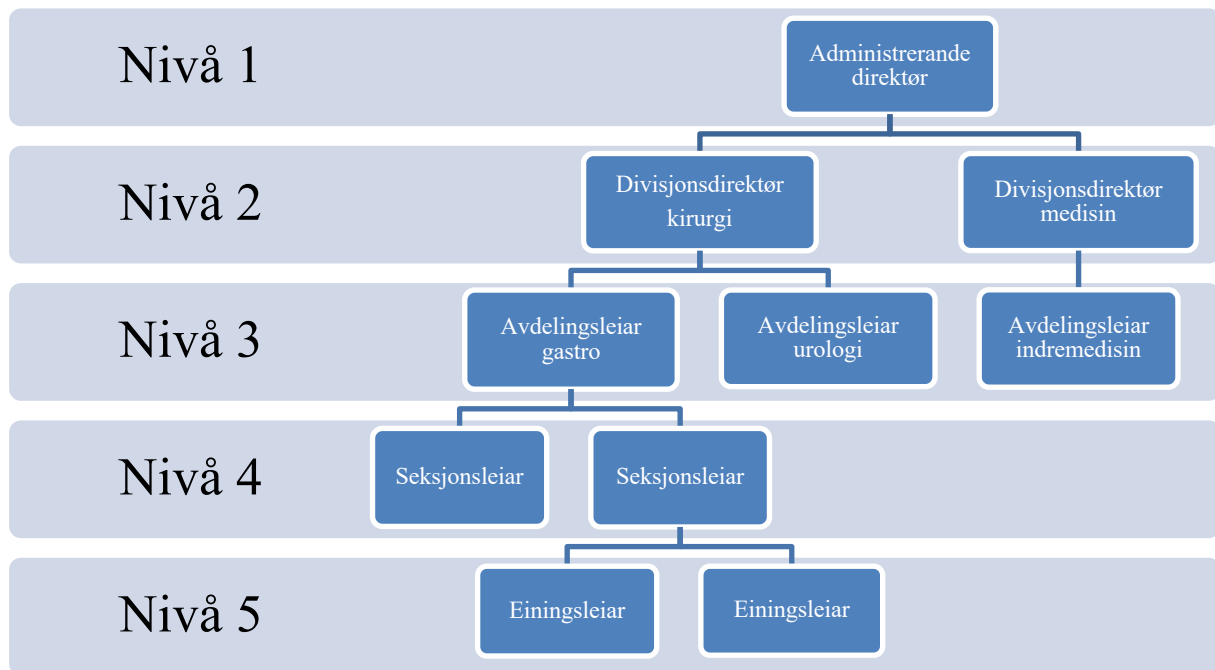
Høyringsnotatet si vurderinga av fagdivisjonalisering var at denne modellen ville gje insentiv til kapasitetsutnytting på tvers av lokasjonar, felles fagprosedyrar og etablering av rotasjonsordningar som sikra rett kompetanse og kapasitet på begge lokasjonar. I høyringsnotatet blir det anerkjend at overgangen til denne modellen vil medføre ein omstillingskostnad og krevje ein ny endringsprosess, der seksjonane ved Kongsvinger sjukehus ville blitt splitta opp for å passe inn i divisjonsfordelinga på Nordbyhagen. Ein risiko med dette vil vere at divisjonsleiarar ønskjer å ha kontroll over ressursane lokalt, og at ein dermed ikkje får utnytta ressursar og personell på ein optimal måte på tvers. I tillegg vil divisjonsleiinga måtte dele si merksemd mellom dei to lokasjonane, noko som gjev auka tidsbruk til reising

---

<sup>15</sup> Høyringsnotat for Kongsvinger fase II – Overordna organisering, sendt frå administrerande direktør til divisjonar, tillitsvalte og verneombod, 20.06.2019. Internt dokument.

mellom lokasjonane og kan gjere at ein av lokasjonane får mindre merksemd. For å kompensere for ulempene med fagdivisjonisering presenterer høyringsnotatet moglegheita for å opprette ein lokal koordinator som sikrar stadleg leiing, men at det kan skape forlenga og uklare leiarlinje frå avdeling til strategisk sjukehusleiing. Også for denne modellen foreslår høyringsnotatet at ein kan utvide opptaksområdet til Kongsvinger sjukehus med dei to nemnde kommunane.

I diskusjon om val av organisasjonsmodell vart tematikken rundt leiarlinje og stadleg leiing løfta fram. Akershus universitetssjukehus er delt inn i opp til fem leiarnivå, som illustrert i figur 6. Formålet med figuren er å illustrere desse nivåa. Merk at det er langt fleire divisjonar, avdelingar og liknande enn det som kjem fram her. Somme delar av organisasjonen opererer med fire nivå, medan dei større fagområda har fem nivå. For å vurdere tal leiarnivå opp mot krav om einskapleg leiing og innfri fokuset på stadleg leiing, må ein sjå det i samanheng med kva fullmakt og ansvar dei ulike leiarnivå har. Ei slik analyse vil ikkje vere kjerna for denne studia, men framstilling av leiarnivå syner kompleksiteten i helseføretak og er relevant for val av organisasjonsmodell. I overføringsprosjektet av Kongsvinger sjukehus ville det óg vere viktig for interessentane å vurdere om organisasjonsmodellen i føretaket tek tilstrekkeleg omsyn til målsettinga om tydeleg ansvarsfordeling, oversiktlege leiarlinjer og stadleg leiing. Ved fagdivisjonisering vil ein også måtte leggje inn ein koordinatorfunksjon blant desse leiarnivå, noko som vil auke kompleksitetsgrada ytterlegare, og divisjonsdirektørane vil ha ansvar for å følgje opp aktivitet og personell ved ulike lokasjonar. Divisjonsmodell fordrar at divisjonsleiarar på ulike lokasjonar samarbeider godt nok til å sikre lik kvalitet og god ressursutnytting på tvers, noko som kan vere utfordrande når ein ikkje arbeider på same plass.



Figur 6. Framstilling av leiarnivå ved Ahus HF. Somme delar av organisasjonen opererer med opp til fem leiarnivå.

Høyringsnotatet skapte engasjement i organisasjonen og i følge eit samledokument med høyringssvara, kom det inn 14 uttalelsar frå interne partar<sup>16</sup>. Blant dei som tala for å behalde divisjonsmodellen var Kongsvinger sjukehus og Norsk Sjukepleiarforbund. Kongsvinger sjukehus la stor vekt på viktigheita av å ha stadleg leiing for å utnytte kapasiteten best mogleg. Dei vekta òg nødvendigheita av å auke aktiviteten på Kongsvinger, og å utvikle gode samarbeidsavtaler basert på felles prosedyreverk og rullering av personale. Økonomiske insentiv skulle hindre konkurranse om pasientane mellom dei to lokasjonane. Dei frykta at omorganisering til ein fagdivisjonert modell ville skape energilekkasje, noko som ikkje var ønskja. Også Norsk Sjukepleiarforbund såg stor verdi av å ha nærleik til leiar, og var redd for at fagmiljøa på Kongsvinger sjukehus ville drukne i dei store fagmiljøa på Nordbyhagen dersom ein gjekk over det fagdivisjonert modell. Av dei som føretrakk fagdivisjonert modell var blant anna ortopedisk divisjon og kvinneklinikken. Begge argumenterte med at denne modellen la best til rette for likeverdige helsetenester for heile opptaksområdet, og at dette aspektet er av stor viktighet. Dei meinte også at denne modellen gav einskapleg leiing i helseforetaket, og best ressursutnytting og samarbeid. Utover partane som støtta ein av dei to modellane, var det somme som ikkje kom med ei klar anbefaling, til dømes medisinsk divisjon og kirurgisk divisjon. Desse såg fordelane og ulempene med begge modellar, og medisinsk divisjon foreslo

<sup>16</sup> Høyringsuttalelsa internt, Kongsvinger fase II – Overordna organisering. Internt dokument.

å utsette diskusjonen om omorganisering til vår 2020. Den interne høyringsrunda resulterte altså ikkje i ei klar anbefaling administrerande direktør kunne leggje til grunn for si slutning, men var heller ein illustrasjon på ein kompleks situasjon.

Parallelt med den interne høyringsrunda, vart eksterne partar invitert til å kome med innspel til kva forhold det var særskild viktig å ivareta i arbeidet med å endre opptaksområde for innbyggjarane i Eidsvoll og Ullensaker kommunar. Blant dei eksterne partane var kommunar i Ahus sitt opptaksområde og Brukarrådet ved helseføretaket. I eit samledokument med høyringssvara<sup>17</sup>, kjem det fram at Brukarrådet fokuserte i si uttalen på viktigheita av god kommunikasjon og informasjon til pasientane. Det må kome tydeleg fram av innkallinga kva som er riktig frammøtestad, samt informasjon om fritt sjukehusval og kva reglar som gjeld for pasientreiser. Vidare vekta Brukarrådet at det må vere ei standardisert samarbeidsavtale mellom sjukehus og kommunar for å unngå forvirring, og at kriterium for kvalitet og pasienttryggleik også måtte standardiserast mellom dei to sjukehusa. For å sikre eit likeverdig behandlingstilbod og ein likestilt posisjon mellom sjukehusa, ville det vere viktig å heve kvaliteten ved Kongsvinger til nivået Nordbyhagen har. Dersom ein lukkast med dette, såg Brukarrådet at den føreslåtte endringa kunne bidra til kortare ventetid, meir effektiv behandling og betre kapasitetsutnytting av sjukehusa.

For kommunane i Kongsvinger-regionen var det fleire som valde å sende eit felles høyringssvar via Regionrådet. Uttalen der i frå slo fast at dei støtta utviding av opptaksområdet for Kongsvinger sjukehus og viste til styret i Helse Sør-Aust sitt vedtak frå juni 2017 om at avtala om å bruke Kongsvinger sjukehus til å avlaste Ahus sitt sjukehus på Nordbyhagen skulle vidareførast og vidareutviklast. Regionrådet legg òg til at god dialog med dei aktuelle kommunane er sentralt, og at det er samfunnsøkonomisk viktig å utnytte den ledige kapasiteten ved Kongsvinger sjukehus, for slik å bidra til redusert ventetid og lågare førekomst av korridorpatientar ved sjukehuset på Nordbyhagen. Høyringssvaret viser likevel at dei to kommunane endringa i opptaksområdet faktisk omhandla, nemleg Eidsvoll og Ullensaker, var mindre begeistra for forslaget. Ullensaker kommune la fram eit krav om å framleis ha Ahus Nordbyhagen som sitt lokalsjukehus, og foreslo at ein ved behov for avlastning heller såg på moglegheita til å nytta LHL-sjukehuset i kommunen. I følgje kommunen var dette eit betre alternativ for å sikre at innbyggjarane sitt tenestetilbod var av same kvalitet og at pasienttryggleiken vart ivareteke. Eidsvoll kommune meinte at sjukehuset på Nordbyhagen

---

<sup>17</sup> Høyringsuttalelsa eksternt, Kongsvinger fase II – Mogleg endra opptaksområde. Internt dokument.



burde halde fram å vere lokalsjukehuset til kommunen, men at avlastningsavtaler eventuelt kunne vidareførast og utvidast. Argumentasjonen byggja på at det er betre kollektivmoglegheiter for pasientar og deira pårørande ved reise til Nordbyhagen enn til Kongsvinger. I tillegg presiserte begge kommunane i sine uttalingar at dei føreset at det vidare prosessen var godt forankra og i tett dialog med kommunane.

Organisasjonsmodell var også diskutert i andre fora, og danna saman med høyringssvara grunnlaget for anbefalinga prosjektgruppa ga til sjukehusleiinga. Denne anbefalinga var å halde fram med divisjonsmodell som organisasjonsstruktur, men utelukka ikkje moglegheita for at Ahus på sikt kunne gå over til ein fagdivisjonalisert modell<sup>18</sup>.

### **Funksjonsfordeling**

I tillegg til diskusjon om organisasjonsmodell, var funksjonsfordeling eit viktig tema. Heilt konkret dreia dette seg om kva typar pasientbehandling ein skal tilby ved dei ulike sjukehusa. Som beskrive i delkapittel om situasjonsbilete ved sjukehusa, hadde Ahus lenge slite med manglande kapasitet og høgt belegg, medan Kongsvinger hadde underbelegg og budsjettkutt over fleire år. I forkant av overføringa hadde Kongsvinger behandlingstilbod innan augeblikkeleg hjelp samt elektiv behandling innan indremedisin, kirurgi/ortopedi, akuttmedisin/traume, poliklinikkar og fødeavdeling/gynekologi. I tillegg var det eigen avdelingar for revmatologi og ein augepoliklinikk, som er fagområder som Ahus ikkje hadde i si portefølje tidlegare<sup>19</sup>. I samband med kartlegging av funksjonar ved Kongsvinger sjukehus, vart det også stadfesta at det ville vere mogleg å auke sengekapasiteten med omlag 31-38 plassar. Denne røyndomen gjorde at det låg eit stort potensiale for Ahus HF å ta i bruk den ledige kapasiteten ved Kongsvinger sjukehus til å avlaste situasjonen ved Nordbyhagen. For å få til dette, måtte ein først avgjere korleis funksjonsfordelinga skulle vere, for så å sikre eit godt fagleg samarbeid på tvers av lokasjonar og tilpasse pasientstraumane til den nye funksjonsfordelinga.

Endring i opptaksområde var eit tema som kom tidleg i fase II. Ved å endre lokalsjukehusstil høyring til kommunane Eidsvoll og Ullensaker, ville ein automatisk overføre noko aktivitet frå Nordbyhagen til Kongsvinger. Som høyringssvara viste, var denne endringa

---

<sup>18</sup> Møtedokument til møte i sjukehusleiinga ved Ahus, 22.10.2019. Internt dokument.

<sup>19</sup> Oversikt oppgåver og funksjonar i Kongsvinger sjukehus, vedlegg til mandat for fase II, 02.04.2019. Internt dokument.

ikkje noko dei aktuelle kommunane fant særleg attraktivt, men det var likevel noko helseføretaket hadde eit sterkt ønskje om å arbeide vidare med. Utanom den meir overordna diskusjonen om opptaksområde, var fag-til-fag møter og workshopar viktige arena for å diskutere funksjonsfordeling. I fag-til-fag møter møttest helsepersonell for dei ulike fagområda frå begge lokasjonar for å diskutere sitt fagfelt. Her adresserte ein korleis samarbeide og vidareutvikle behandlingsområda begge lokasjonar tilbyr, og ikkje minst korleis ivareta fagområda som berre vart tilbydd på Kongsvinger. Desse diskusjonane var av ei meir fagteknisk art, med medisinskfaglege detaljar for dei spesifikke områda, og eg vil derfor ikkje gå meir i detalj på innhaldet i desse.

Fase II vart avslutta i november 2019 med eit vedtak i sjukehusleiinga ved Ahus HF om å endre organisasjonsstruktur til ein fagdivisjonisert modell. Det vart ikkje fatta vedtak om korleis funksjonsfordelinga mellom dei to sjukehusa skal vere, og dette arbeidet vart derfor inkludert i fase III av prosjektet<sup>20</sup>.

### **2.4.3 Fase III**

Det er no eit pågåande arbeid med fase III. Kort summert dreier det seg om å detaljutgreie og iverksetje løysingar for korleis utnytte kapasiteten og kompetansen ved Kongsvinger sjukehus på ein måte som er best mogleg for det samla tilbodet ved helseføretaket<sup>21</sup>. I denne fasen skal ein halde fram arbeidet som vart påbyrja i fase II knytt til funksjonsfordeling mellom sjukehusa i føretaket, der i blant endre lokalsjukehusstilhøyring for kommunane Eidsvoll og Ullensaker. I tillegg vil ein stor del av arbeidet dreie seg om å planlegge implementeringa av ein fagdivisjonisert organisasjonsmodell. Fase III er venta å vere fullført første kvartal 2021.

## **2.5 Teori om endringsleiing**

### **2.5.1 Åtte trinn for vellukka endring**

Ein svært anerkjend teori innan endringsleiing er John Kotter sin modell med åtte trinn for vellukka endring. Modellen vart presentert i boka "Leading Change" frå 1996, og kom i ei ny utgåve i 2012. Modellen som er flittig brukt i studiar om endringsleiing, beskriv åtte årsakar til

---

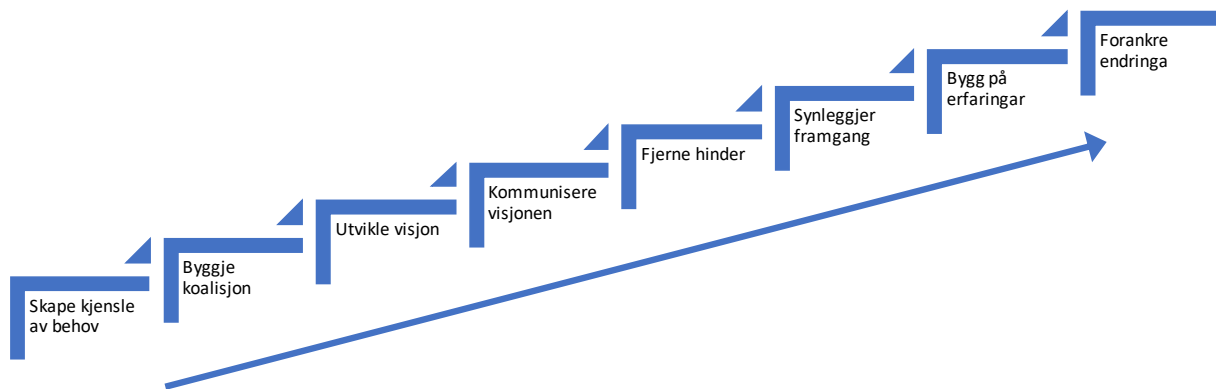
<sup>20</sup> Møteprotokoll frå møte i sjukehusleiinga ved Ahus, 22.10.2019. Internt dokument.

<sup>21</sup> Mandat Kongsvinger-prosjektet fase III, vedteke av sjukehusleiinga ved Akershus universitetssjukehus 26.11.2019. Internt dokument.

at mange organisasjonar ikkje lukkast med å gjennomføre planlagde endringar, for så å presentere åtte trinn for å unngå desse vanlege feila (Kotter, 2012). Kotter meiner at verksemder og organisasjonar i dagens samfunn opererer i eit miljø som krev kontinuerleg endring for å lukkast og at stabilitet i ein organisasjon ikkje lenger er norma. Viss ein då kjem inn ein trend med mislukka endringsprosessar, vil det dempe takta av nye initiativ, risikere irriterte og motarbeidande tilsette, og gje dårlege resultat i verksemda. Konsekvensen av dette kan vidare føre til at ein ikkje leverer produkt og tenester som ein skal, budsjetta blir pressa og oppseiing kan bli nødvendig (Kotter, 2012, s. 16-17). Modellen til Kotter er velsitert og det kan verke som mange kjenner seg igjen i eit slikt bilete av røynda og blir tiltrekt av Kotter sine handfaste trinn i endringsprosessar.

Som illustrert i figur 7, er dei åtte stega til Kotter å først skape behov for endring i organisasjonen, for deretter danne seg ein koalisjon med menneske som skal arbeide med endringsprosessen. Vidare må ein skapar visjon og strategi for endringa, som ein deretter må kommunisere med dei tilsette. Desse fire første stega kallar Kotter opptiningsfasa. Dei neste stega er å fjerne hinder for endring, synleggjer framgang, og å byggje vidare på erfaringane ein får undervegs. Desse tre stega representerer gjennomføringsfasa der nye måtar å arbeide på blir introdusert. Den siste fasa er å forankre endringane godt i organisasjonen for å sikre at endringane blir vedvarande over tid (Kotter, 2012, s. 24). Dersom ein hastar seg gjennom somme av desse stega, vil det fort få konsekvensar for den heilskaplege endringsprosessen. Det er likevel vanleg å arbeide med fleire av stega samtidig, til dømes fordi kjensla av behovet for endring må vere til stades gjennom heile prosessen for å halde motivasjonen til å skape endring oppe over tid. Det er ikkje uvanleg at eit endringsprosjekt består av fleire mindre prosjekt som går parallelt eller som etterføl kvarandre. Ein kan derfor ha delprosjekt på ulike trinn og som alle påverkar kvarandre. Når ein får ein prosess med fleire delprosjekt og på fleire ulike nivå, kan det fort bli komplekst og uoversiktleg (Kotter, 2012, s. 27). Sjølv om Kotter presiserer at ein gjerne jobbar med fleire av dei åtte stega samstundes, vert modellen ofte sett på som ein lineær prosess. Denne oppfatninga vert til dømes lagt fram i artikkelen "Using Kotter's Eight Stage Process to Manage an Organisational Change Program", basert på eit forskingsprosjekt som forsøkte å ta Kotter sin modell i bruk i ein endringsprosess i den australske finans- og forsikringssektoren (Pollack & Pollack, 2014). Dei fant at det i røynda var vanskeleg å lukkast med komplekse endringar dersom ein held på den stegvise prosessen som Kotter presenterer. Forskingsprosjektet konkluderte at Kotter sin modell gjev ein effektiv måte å leie eit

endringsarbeid, men krev somme tilpassingar for å kunne handtere omfattande endringsprosessar i røynda (Pollack & Pollack, 2014).



Figur 7. Illustrasjon av dei åtte stega i John Kotter sin modell for endringsleiing.

Kotter sett eit tydeleg skilje mellom styring (management) og leiing (leadership). Han definerer styring som "eit sett med prosessar som gjer at eit komplisert system av menneske og teknologi går på skinner", og definerer leiing som "eit sett med prosessar som skapar organisasjonar eller som tilpassar dei til signifikant endrande omgjevnader" (Kotter, 2012, s. 28). Med andre ord handlar styring om økonomi, planlegging og problemløysing, medan leiing ser på korleis framtida kan sjå ut og korleis inspirere andre menneske. Kotter meiner at ein ut i frå inndeling av dei åtte trinna kan fastslå at ein endringsprosess krev omlag 70-90 % leiing og berre 10-30 % styring, men at mange likevel tenkjer at det handlar om å styre endring (Kotter, 2012, s. 28). Hans resonnement er at ei verksemd som opplever suksess mest truleg får auka sin marknadsdominans. Med denne auka kjem eit behov for å halde veksten i verksemda under kontroll og meir styring blir difor naudsynt. Dette resulterer i eit fokus på styring framfor leiing og meir byråkrati. Konklusjonen for resonnementet er at fokus på intern styring kan gje utvikling av usunn arroganse hjå nøkkelpersonell, som vidare kan overvurdere nådde resultat og ikkje evne å lytte eller lære av andre. Ein slik byråkratisk kultur, som Kotter kallar det, kan kvele forsøk på endring og manglande leiarskap gjer at ein ikkje har krefter i organisasjonen til å bryte trenden. (Kotter, 2012, s. 30). Det presiserast likevel at styring er essensielt for å kunne gjennomføre endring, men at dei fleste organisasjonar har større problem knytt til leiing enn til styring, og at ein avheng av leiing for å motivere til nødvendig handling (Kotter, 2012, s. 33).

## Skape behov for endring

For å lukkast med ein endringsprosess er det heilt grunnleggjande at dei tilsette i organisasjonen kjenner på behovet for endringa. Dei fleste endringsprosessar er avhengig av innsats frå dei tilsette for å bli gjennomført, og utan at dei tilsette ser nødvendigheita av endringa vil vilja til å gje ein innsats i endringsprosessen vere laber (Kotter, 2012, s. 5). I ein artikkel i eit tidsskrift for sjukepleieadministrasjon, blir nettopp manglande kjensle av nødvendighet for endring løfta fram som ei viktig forklaring for kvifor mange endringsinitiativ feilar (Shirey, 2011). Kjensla av nødvendighet for endring ligg til grunn for å lukkast med dei sju neste trinna og det vil derfor vere noko ein må oppretthalde gjennom heile endringsprosessen. Men kjensla av nødvendighet kan vere vanskelegare å skape enn ein skulle tru, spesielt dersom det er ein organisasjon med stor grad av tilfredsheit. Tilfredsheita blir problematisk når det frå utsida er enkelt å sjå at ei verksemd slit, men haldninga internt i organisasjonen er at ting eigentleg ikkje er så ille, ein ventar passivt på at ting skal bli betre, eller at avdelingar rettar skulda for dårlege resultat på andre delar av organisasjonen, framfor å sjå utfordringane og arbeide med desse. Med høg grad av tilfredsheit vil få vere interessert i å engasjere seg i ein endringsprosess (Kotter, 2012, s. 38-39).

Det er mange årsaker til at organisasjonar kan ha høg grad av tilfredsheit, sjølv om resultatane er dalande. Det kan handle om at organisasjonen har låg prestasjonsstandard og på den måten enkelt når majoriteten av måla dei sett seg, utan å sjå at utviklinga likevel er negativ. Mange har òg system for prestasjonsmåling som er så stykka opp for kvar avdeling at ingen har oversikt over dei samla resultat for den heilskaplege verdiskapinga, noko som fører til eit snevert perspektiv. Dersom tilbakemeldingar frå toppleinga støtter opp under dette og er utelukkande positiv, vil ikkje dei tilsette sjå stor fare eller trugsel av situasjonen verksemda er i. Viss dei tilsette i tillegg blir skjerma frå konfronterande tilbakemelding frå eksterne interessantar og misnøgde kundar, blir det endå vanskelegare å sjå behovet for endring. Om det mot formodning skulle vere nokon som var uroa for framtida til organisasjonen, vil dei truleg bli møtt av ein leiar som gjev falsk tryggleik og argument om alle gode resultat verksemda har (Kotter, 2012, s. 42-44). Kotter knyt dette problemet opp mot at tidlegare suksess kan gje organisasjonen så mykje ressursar at ein erstattar kjensla av nødvendighet for endring til ein internt kultur som dyrkar tidlegare suksessar. Sjølv om alle likar å tenkje at ein sjølv aldri ville hamna der, understrekar Kotter at ein aldri skal undervurdere krafta som skapar kjensla av tilfredsheit og som opprettheld ønskje om å bli i status quo (Kotter, 2012, s. 44).

For å minske kjensla av tilfredsheit i organisasjonen må ein i følgje Kotter handle for å minimere årsakene som fører til denne tilfredsheita, ved til dømes å auke bruken av tilbakemeldingar om prestasjon frå eksterne partar, slutte med grunnlause lovord frå toppleiinga, endre målsetting og rapporterting slik at ein får eit realistisk bilete av røynda, og heller applaudere innsatsen til dei som ønskjer å ta tak i utfordringane ein står i. Desse tiltaka må vere så drastiske og av eit slikt omfang at organisasjonen faktisk oppfattar behovet for endring. Tiltak kan vere å setje så høge mål at dei ikkje kan nåast med dagens måte å drifte på, fjerne teikn på tidlegare storheitstider, som flotte kontorlokal og eventuelle frynsegode dei tilsette har tilgang på, eller truge med å stenge ei avdeling dersom resultatata ikkje vert betra (Kotter, 2012, s. 45-46). Slike tiltak fordrar at ein har leiarar som er villig til å gjennomføre dei ulike tiltaka, som utvilsamt kan gjere vedkomande upopulær blant fleire. Somme organisasjonar lukkast med å skape ei kjensle av nødvendighet for endring utan å hamne i ei krise først. Det kan gjerast med å kontinuerleg informere tilsette om at verksemda framleis har utfordringar, på tross av gode resultat, eller setje ambisiøse langsiktige mål som ein verkeleg må strekkje seg etter (Kotter, 2012, s. 47). Det er leiarane som er tettast på dei tilsette, nemleg mellomleiarane, som må sørge for å minimere kjensla av tilfredsheit og overtyde dei tilsette om at endring er naudsynt. For å lukkast med store endringsprosjekt er det ikkje nok å ha ein god mellomleiar, men det er heilt essensielt å ha skapt kjensle av nødvendighet i ein stor del av organisasjonen, og spesielt blant dei mange leiarane i organisasjonen (Kotter, 2012, s. 50-51).

### **Byggje koalisjon**

Sjølv om store endringar ofte assosierast med éin svært synleg person, kan ikkje gjennomføring av endring skje berre av innsatsen til eit enkeltindivid. For å lukkast er ein avhengig av å ha ein koalisjon som arbeider med endringsprosessen og at denne koalisjonen består av menneske som innehar nødvendig makt i organisasjonen til å iverksetje og følgje opp endringsarbeidet. (Kotter, 2012, s. 6). Å ha ein sterk koalisjon er spesielt viktig fordi dagens samfunn har ei svært rask endringstakt og mange organisasjonar er så komplekse at det krev brei innsikt og å raskt omarbeide ei stor mengde informasjon for å meistre endringsarbeidet (Kotter, 2012, s. 57). Gruppa bør vere sett saman slik at ein har formell makt, tilgang på nødvendig informasjon og ekspertise, har truverd i organisasjonen, og har stor styring- og leiingskapasitet (Kotter, 2012, s. 59). Det er verdt å merke seg at ein må ha både styring- og leiingskapasitet i koalisjonen. Styringsperspektivet vil sikre gode strategiar, medan leiarkvalitetar er nødvendig for å gjennomføre prosjektet. Storleiken av gruppa vil avhenge av kor stor organisasjonen er og kan

ofte endrast undervegs i arbeidet. I tillegg må ein vere trygg på at menneska ein inviterer inn i koalisjonen er lagspelarar som verdsett andre sin kompetanse og skapar eit godt miljø (Kotter, 2012, s. 61). For at gruppa skal fungere er det avgjerande at dei har tillit til kvarandre, noko som kan vere utfordrande dersom koalisjonen består av menneske frå ulike delar av organisasjonen som først og fremst vil vere lojal til si eiga avdeling. Godt lagarbeid avheng òg av at ein har eit felles mål som alle har eit oppriktig ønskje om å nå. Lukkast ein med å lage ei gruppe som består av dei riktige folka, med tillit til kvarandre og eit felles mål å jobbe mot, ligg det godt til rette for at dei klarar å skape ein tiltrekkjande visjon som blir kommunisert til dei tilsette og motiverer dei tilsette til å bidra i endringsarbeidet (Kotter, 2012, s. 68).

I Kotter si beskriving av dette andre steget i modellen, vert det lagt opp til at endringsprosjektet skal ha éin koalisjon for å arbeide med endringa. I det tidlegare nemnde studia om endring i den australske finans- og forsikringssektoren, såg dei nærare på danning av ei slik styringsgruppe, og fant at det ikkje alltid er tilstrekkeleg med berre éin koalisjon for å adressere alle aspekta av ein omfattande endringsprosess. I det høvet vart det oppretta fleire koalisjonar som hadde ansvar for ulike delar av endringsarbeidet, noko som viste seg fruktbart (Pollack & Pollack, 2014).

### **Utvikle visjon og strategi**

Ein tydeleg visjon har evne til å inspirere og rettleie ei gruppe menneske. Ein visjon og strategi kan vere det som hindrar at dei tilsette ser på endringsprosjektet som tidkrevjande og forvirrande, til at dei heller ser målet for den planlagde endringa (Kotter, 2012, s. 8). Som vi seinare skal sjå, blir viktigheita av ein god strategi og visjon også løfta fram av Henry Mintzberg i hans organisasjonsteori (Mintzberg, 1989) og Jan Grund si skildring av endring i norske sjukehus (Grund, 2006).

Kotter beskriv visjon som eit framtidsbilete med nokre eksplisitte eller implisitte kommentarar om kvifor folk bør streve for å nå denne framtida (Kotter, 2012, s. 71). Vidare utdjupar Kotter at ein god visjon er viktig fordi det tydeleggjer kva retning ein vil gå med endringa, og motiverer menneske til å handle på ein måte som er i tråd med retninga ein no skal gå. Ein visjon bidreg slik med å koordinere handlingane til ei gruppe menneske på ein rask og effektiv måte (Kotter, 2012, s. 71). Det å tydeleggjer retning er spesielt viktig, då kva retning ein organisasjon skal gå kan vere noko mange kan vere usamd om eller bli forvirra av. Lukkast ein med å samanfatte ein god visjon som svarar på utfordringane organisasjonen står ovanfor, vil det vere eit godt

verkty når ein i framtida skal vurdere nye prosjekt, og då kan vurdere om prosjektet er i tråd med visjonen.

Gjennomføring av endringsarbeid medfører ofte at tilsette blir påverka på ein måte som kan vere ubehageleg. Derfor er det viktig at visjonen gjev grobotn for at tilsette blir motivert til å bidra til endring, sjølv om det inneber offer i endringsperioden. Den koordinerande evna til ein visjon gjer at dei tilsette i større grad kan arbeide autonomt. Det er fordi dei veit kva retning ein skal arbeide mot, og kan dermed spare organisasjonen for å bruke betydeleg mengd tid på møter og leiarane slepp å forfølge alt arbeid (Kotter, 2012, s. 71-72). I følgje Kotter bør ein i ein kompleks endringsprosess likevel halde visjonen enkel. Sjølv om visjonen er svært viktig, bør den ikkje heile endringsprosessen aleine, men bli supplert av meir detaljerte strategiar, budsjett og planar. Ein god visjon har fleire karakteristikkar. Den viser eit godt bilete for korleis framtida vil sjå ut og er appellerande for både tilsette, kundar, eigarar og interessentar over tid. I tillegg er den både realistisk og så tydeleg at den kan vere rettleiande i slutningstaking, samt innehar ein fleksibilitet som tillét individuelle initiativ og kan respondere på endra føresetnader.

Sist, men ikkje minst, er ein god visjon enkel å kommunisere og kan forklarast på kort tid (Kotter, 2012, s. 73-74). Truverdet til ein visjon kjem av at den byggjer på ei god forståing av organisasjonen, kva marknad den er i og konkurransetrendar i denne marknaden. Desse tinga vert konkretisert i ein strategi, med ei logisk og meir detaljert framstilling av korleis visjonen kan bli nådd. Å utvikle ein god strategi kan vere utfordrande, og Kotter viser til den store veksten i konsulentbransjen som ein illustrasjon av dette. Organisasjonar hyrar inn eksterne konsulentar for hjelp til å analysere organisasjonen sin posisjon og framtidig utvikling i marknaden, for så å bruke denne analysa som grunnlag for essensielle slutningar om retninga til organisasjonen (Kotter, 2012, s. 78). Den utstrakte bruken av konsulentar kan òg tolkast som eit klart signal om at organisasjonar ser kor viktig ein god visjon og strategi er for å lukkast med ein endringsprosess, og byggjer opp under Kotter sin tidlegare nemnde påstand om at endringstakta i dagens samfunn er svært høg.

### **Kommunisere visjonen**

Det er ikkje tilstrekkeleg å skape ein god visjon, ein må også kommunisere den til dei tilsette. Sjølv om dei tilsette ikkje er tilfreds med dagens situasjon, vil dei ofte ikkje vere villig til å engasjere seg i ein endringsprosess med mindre dei ser den for å vere realistisk og med eit attraktivt mål. Men det er heller ikkje tilstrekkeleg å kommunisere visjonen, den må



kommuniseras ved hjelp av både ord og handlingar, og i tilstrekkeleg omfang (Kotter, 2012, s. 9-10). For ei styringsgruppe som har brukt enormt mykje tid på å utvikle ein visjon og kartleggje kva endringa inneber i form av både offer og vinstar, kan kanskje innhaldet i denne visjonen verke opplagt og enkelt å fatte. Ein må då vere medviten om at når ein skal i gang med å kommunisere visjonen med resten av organisasjonen, vil ikkje dei ha same grunnlag for å forstå visjonen. Tilsette motteke ei stor mengde informasjon på dagleg basis og ein risikerer fort at det ein har kommunisert om den nøye utarbeidde visjonen forsvinn i mengda. (Kotter, 2012, s. 89-90). Ein må og hugse at kommunikasjon er ressurskrevjande, spesielt dersom det blir opp til styringsgruppa å sikre at dei tilsette har fått og forstått informasjonen. Men akkurat kor ressurskrevjande kommunikasjonen er, avheng av kor tydeleg og enkel budskapet er. Ein må bruke eit språk alle forstår, og stå i mot freistinga å bruke fagterminologi og formuleringar som få av profesjonane kjenner til. Ein kan då heller ta i bruk verkemiddel som metaforar og dømer for å male eit bilete av korleis organisasjonen vil sjå ut i framtida. Ein må då kjenner organisasjonen godt og veit kva metaforar som vil skape engasjement. (Kotter, 2012, s. 91-94).

Formidling av visjon er ofte mest effektivt når ein brukar ulike kanalar for kommunikasjon og når ein gjentek budskapet hyppig. Sannsynet for at budskapet blir oppfatta aukar dersom ein får informasjonen i møter, nyhendebrev, plakatar og er tema i uformelle samtaler. Bruk av ulike kanalar legg også til rette for at dei tilsette kan få utfyllande informasjon og høve til å stille spørsmål i ulike situasjonar. Sidan menneske ofte har fleire tankar i hovudet samtidig og fort kan bli distraherert, skal ein ikkje undervurdere behovet for repetisjon av budskapet over ein lenger tidsperiode. Eit så omfattande kommunikasjonsarbeid avheng av at leiarar på alle nivå i organisasjonen har eit strategisk fokus på å formidle og referere til visjonen til sine tilsette gjennom så mange kanalar som mogleg (Kotter, 2012, s. 95-96). Å kommunisere gjennom handling er svært effektivt og ein viktig faktor for å styrke posisjonen til budskapet og visjonen. Om dei tilsette i organisasjonen ser at topp- og mellomleiarane handlar på ein måte som er i tråd med visjonen, vil dette både kunne verke motiverande og gjere at visjonen blir enklare å hugse. På motsett side vil feiling på dette området verkeleg undergrave heile visjonen og endringsprosessen (Kotter, 2012, s. 97-99). Det er òg viktig å hugse at kommunikasjon går to vegar. Når ein formidlar visjonen, bør ein lytte til tilbakemeldingar ein får og eventuelt tilpasse visjon og strategi basert på dette. For mange vil informasjon setje seg betre dersom ein får høve til å kome med spørsmål og diskutere temaet. Slike diskusjonar har koalisjonen allereie teke i arbeidet med å utvikle visjonen, og sjølv om det ikkje nødvendigvis er hensiktsmessig å ta så grundige diskusjonar på nytt, vil det vere konstruktivt å gje medlemmane i organisasjonen

kjensla av at det er rom for å kome med tilbakemeldingar. At koalisjonen lyttar og tek i mot tilbakemeldingar kan på denne måten vere eit viktig steg for å få aksept for visjonen og engasjement i det vidare endringsarbeidet (Kotter, 2012, s. 101-103).

### **Fjerne hinder**

Når ein har klart å skape motivasjon for endringsarbeid i organisasjonen, er det viktig at dei tilsette ikkje treff på hinder som gjer endringa vanskeleg å gjennomføre. Hinder kan ha mange ulike former, til dømes at enkelte nektar å tilpasse seg nye arbeidsmetodar eller at organisasjonsstrukturen ikkje er kompatibel med den nye situasjonen. Manglande tilpassingsvilje er spesielt utfordrande dersom det er hjå personar med mykje makt i organisasjonen og om ein ved tidlegare høver ikkje har handtert slik motstand på ein god måte. Å unnlate å handtere hinder ein møter vil vere undergravande for heile endringsprosessen (Kotter, 2012, s. 10-11). Når nokon kjem med innspel eller tek initiativ til å delta i endringsarbeidet, er det viktig at dei møtast på ein god måte av sine leiarar for å halde på dette engasjementet. Organisasjonsstruktur spelar ei stor rolle i dette og har mykje å seie for korleis ein jobbar og samarbeider. Dersom somme opplever at strukturen er eit hinder for samarbeid og endring, må ein derfor vere open for at også denne må endrast. Organisasjonen må altså arbeide aktivt med å leggje til rette for og oppmode til brei deltaking på alle nivå (Kotter, 2012, s. 105-108).

For å kunne bidra til endring er det også viktig at folk føler at dei er i ein posisjon og har nødvendige ferdigheiter til å delta. Endring medfører ofte skifte i arbeidsmetodar og vil då påverke kva ferdigheiter som er nødvendig for å løyse oppgåver på ein ny måte. Slik endring krev god og nok opplæring til dei som treng det, når dei treng det. Når ein har jobba på ein spesifikk måte over ei årrekke, kan det ta tid å endre desse vanane. I tillegg kan det vere nødvendig å ikkje berre lære tekniske ferdigheiter, men også sosiale ferdigheiter og haldningar, dersom dei nye arbeidsmetodane medfører at ein samarbeider med andre profesjonar og typar menneske. Slik opplæring må planleggast og prioriterast ressursar til, og ein må på førehand ha vurdert kva ny kompetanse som vil vere nødvendig. Når dei tilsette har riktig kompetanse vil det også gjere dei betre rusta til å ta del i det vidare endringsarbeidet (Kotter, 2012, s. 110-112). I mange høver vil ikkje alle i organisasjonen ha ønskje om å ta del i endringa og somme vil aktivt motarbeide arbeidet. I møte med slike menneske er det viktig å ikkje vike vekk frå problemet for å finne ein måte å jobbe rundt vedkomande, men ein må handtere det. Dialog med vedkomande er eit godt startpunkt for problemløysinga og ein vil då finne ut om

situasjonen kan betrast eller om ein ser at vedkomande ikkje kan inneha den aktuelle rolla lenger. Om ein unnlét å handtere situasjonen, vil det sende eit uheldig bilete ut i organisasjonen og vere umotiverande (Kotter, 2012, s. 116-119).

### **Synleggjer framgang**

Store endringar er ikkje gjort på eit blunk, men det er likevel viktig å vise framgangen i prosjektet til dei tilsette for å halde motivasjonen oppe. Det er ikkje nok å håpe at raske sigrar skal kome av seg sjølv, i følgje Kotter må desse skapast. Som leiar kan ein skape mål som er innan kort rekkevidde og lønne oppnåing av desse måla med å rose dei tilsette, pengar eller liknande. Å dokumentere framgang kan også vere nødvendig for å halde leiarar høgare oppe i organisasjonen og andre interessentar nøgd, samt for å tydeleggjere resultata til dei som er skeptisk til endringa. Ein kan også bruke det som grunnlag for å vurdere om ein går i riktig retning, og eventuelt finjustere visjonen og strategien ved behov (Kotter, 2012, s. 11-12). Å oppnå resultat raskt er nødvendig for å byggje kredibilitet til både prosjektet og styringsgruppa. Denne kredibiliteten er viktig når ein veit at store endringar tek tid, og at ein må vise toppleiinga av endringsprosjekt bør halde fram (Kotter, 2012, s. 123). I tillegg vil resultata fungere som ei stadfesting for dei tilsette om at ofra dei har gjort har lønna seg og kan gjere at fleire engasjerer seg i prosessen. Med dette til grunn, vil ein god siger vere ein som er synleg for mange menneske, er eintydig og klart kopla til endringsprosessen (Kotter, 2012, s. 126-128).

For å få fram tidlege resultat, må ein planlegge deretter. Ein må ha raske resultat i bakhovudet og organisere endringsprosessen basert på det, før ein implementerer endringar på ein måte som skapar resultat. Å planlegge for sigrar fordrar at kjensla av nødvendighet for endring er høg nok og visjonen er tydeleg. Dersom dette ikkje er på plass, vil ein bli tvungen til å heller bruke tid på dei grunnleggjande stega i prosessen og som tek vekk tid frå å planlegge sigrar. Manglande planlegging av raske resultat kan òg kome av at nøkkelpersonar berre fokuserer på dei langsiktige måla, og har ikkje tilstrekkeleg merksemd retta mot å skape dei raske sigrane. Leiarskap fokuserer på det langsiktige perspektivet, medan styring held orden på den nære framtida. Ein treng derfor god planlegging og resultatkontrollering som legg til rette for å synleggjere dei raske resultata (Kotter, 2012, s. 128-130).

For å lukkast med ein endringsprosess er god styring viktig, og kompetanse innan økonomi, teknisk kunnskap, strategi og kontrollering er heilt naudsynt. Karismatiske leiarar er visjonære

og inspirerer, men slike eigenskapar må komplimenterast av nokon med styringferdigheiter (Kotter, 2012, s. 133-134).

### **Bygg vidare på erfaringar**

Sjølv om ein etter ei stund har nådd gode resultat med prosjektet, bør ein ikkje bli freista til å erklære suksess for tidleg. Ved å fastslå suksess i eit tidleg stadium, står ein i fare for å signalisere at prosjektet no er fullført og arbeidet med prosjektet kan derfor opphøyra. Det tek tid, gjerne mange år, før endringar sig inn i organisasjonskulturen og ein kan sjå faktiske effektar av endringa. (Kotter, 2012, s. 13-14). Ein må vere medviten om balansen mellom å synleggjere framgang og det å erklære suksess for tidleg. Gjer ein dei raske sigrane om til erklært suksess, vil dette fort oppfattast som at det vanskelege endringsarbeidet er ferdig og kjensla av nødvendighet for endring i organisasjonen vil forsvinne. Ein bør heller ikkje lønne framgangen i endringsprosjektet med å ta ein pause i prosessen for å få senka skuldrane. Fram til resultatet av endringa har blitt det nye normalen og er etablert i kultur og arbeidsmetodar, vil resultata vere sårbar. Om tilbakefall tek til, er det svært vanskeleg å mobilisere organisasjonen på nytt for å sikre suksessen av endringa (Kotter, 2012, s. 138-139).

Mange moderne organisasjonar består av ulike delar som er meir eller mindre kopla saman. Arbeidet ei avdeling gjer vil kunne påverke ei anna avdeling, som til dømes vil ei salsavdeling i høgste grad ha verknad på aktiviteten til produksjonsavdelinga. Desse samankoplingane medfører auka kompleksitet i endringsprosessar, då endringar gjort i ei avdeling fort kan gje utslag i ein annan del av organisasjonen. Ei slik samankopling kan også føre til at det som tilsynelatande er små endringar i oppførsel kan vere vanskeleg å gjennomføre fordi krefter og strukturar i ein heilt annan del av organisasjonen motverkar endringa (Kotter, 2012, s. 140-141). På grunn av samankoplinga kan ein sjeldan endre berre ein ting aleine, ein må endre kanskje hundrevis av faktorar for å lukkast. Det er tidkrevjande og ofte krev innsats frå mange menneske. For å kome sigrande ut av ein slik situasjon er ein avhengig av arbeidet ein har gjort på dei tidlegare stega i endringsprosessen. Organisasjonen må kjenne eit behov for endring. Ein byggjer ein koalisjon med riktig kompetanse og eigenskapar, før ein tek til på å klargjere ein visjon for kva ein ønskjer å endre og kva ein oppnår med det. Deretter må ein fastsetje ein strategi som viser korleis visjonen skal bli realitet og formidle både visjonen og strategien til dei som blir påverka av prosjektet. Når alt dette er i boks, tek ein til med sjølve endringsarbeidet og deler det gjerne opp i ulike delprosjekt. På dette tidspunktet oppdagar ein ofte at framdrift i eit delprosjekt avheng av status i eit anna delprosjekt, og ein må derfor leggje opp prosessen på

ein måte som tek høgde for dette. Dette er òg eit passeleg tidspunkt for å leggje inn nokre raske sigrar som kan vise framgang og halde motivasjonen oppe, og overtyde skeptikarane om viktigheita av prosjektet.

I løpet av endringsprosessen vil ein definitivt treffe på utfordringar og moglegheiter ein ikkje har føresett, men som til slutt kan medføre at endringa blir større og betre enn kva ein i utgangspunktet hadde trudd. Heilskapen av ein slik prosess er nok meir tidkrevjande enn mange trur og det er lett å bli freista til å avslutte prosjektet før ein er komen i mål. Då er det viktig med ei styringsgruppe som driv endringa framover (Kotter, 2012, s. 142-146). Kompleksiteten tett samankopling gjev, gjer at ein kan stille spørsmål til om denne koplinga verkeleg er naudsynt. Mange koplingar kan skuldast historiske avgjersle og utvikling som no har blitt utdatert. Opprydding i dette kan forlenge endringsprosessen, men kan til gjengjeld gjere både denne og framtidige endringar enklare å gjennomføre (Kotter, 2012, s. 149). Ein god prosess lærer altså av utfordringar ein møter på vegen, og tilpassar den vidare vegen deretter.

### **Forankre endringane i kulturen**

Einaste måten å få varig verknad av endringsprosessen er dersom ein lukkast med å forankre endringa i organisasjonskulturen og sikrar at forandringane som er komen med prosjektet blir ein inkorporert del av korleis ein arbeider i organisasjonen. Dersom ein ikkje får til dette, står ein i fare for at ein fell tilbake til gamle vaner så snart fokuset på endringsprosjektet går over. For å forankre dei nye arbeidsmetodane bør ein forsøke å vise dei tilsette korleis endringa har ført til betring i deira jobbkvardag, då dette ikkje alltid er openbart for dei tilsette eller at det for dei kan sjå ut som betringa kjem av andre prosessar eller faktorar. Vidare vil ein alltid ha ei viss utskifting av leiarar i ein organisasjon, og det er viktig å sikre at nye generasjonar leiarar ivareteke endringsarbeidet som er gjort og den nye kulturen som er opparbeidd. Ein må vere påpasseleg at kunnskapen om endringa er godt kjend i både ei breidde av dagens leiarar og av etterfølgjarar til dei som går ut (Kotter, 2012, s. 14-15). Sjølv lang tid etter at endringa er gjennomført kan den vere styrt av at ein karismatisk leiar for endringsprosjektet framleis er til stades og held i trådane i organisasjonen. Dersom vedkomande går ut av stillinga kan den tidlegare organisasjonskulturen gjeninnføre seg sjølv. Men det er ikkje enkelt å oppfatte om det er konflikt mellom den etablerte kulturen og den nye visjonen, noko som gjer at det heller ikkje er enkelt å handtere utfordringa, sjølv om det er heilt essensielt for å sikre varig endring (Kotter, 2012, s. 155).

Årsaken til at kultur er så viktig finn ein i sjølve definisjonen av omgrepet. Kultur er "normer for oppførsel og delte verdiar blant ei gruppe menneske" (Kotter, 2012, s. 156). Kotter beskriv vidare at normer for oppførsel er vanlege måtar denne gruppa oppfører seg på, og der eventuelle nye medlemmar av gruppa blir vurdert ut i frå kor godt dei passar inn i denne oppførselen. Delte verdiar er tankar og mål som mange i gruppa deler, og som formar og vedlikeheld oppførselen, sjølv om medlemmane i gruppa blir endra over tid. Kultur er viktig fordi den har evna til å endre menneskeleg oppførsel, samtidig som den er vanskeleg å sjå og derfor også vanskeleg å handtere. Nye arbeidsmetodar som ikkje samsvarar med den etablerte kulturen, kan av den grunn oppløyse sjølv etter å ha vore i bruk i fleire år (Kotter, 2012, s. 156-157). Ein etablert kultur blir automatisk vedlikehalde i og med at nye tilsette får skryt og meir ansvar når dei oppfører seg i tråd med den etablerte kulturen. Dei lærer til slutt at denne oppførselen er det som gjer at ein kjem opp og fram i organisasjonen, for så å lære dette vidare til nye tilsette som kjem. Etter litt tid vil kultur sitje i ryggmergen for mange, og ha stor påverknad på vala ein tek og måten ein arbeider på. I ein organisasjon der kanskje fleire tusen menneske deler ein felles kultur, er det klart at endringar i strid med denne kulturen kan møte tøff motstand, både av sorten som er uttalt og den som er meir usynleg (Kotter, 2012, s. 158-159). Å forankre endringar i kulturen er dermed av stor betydning og krev at dei som driv endringsprosessen har god kjennskap til den aktuelle organisasjonskulturen. Kultur og verdiar som har bygd seg opp over fleire år, kan også krevje fleire år med nye erfaringar for å endrast. Av den grunn vil endring i kultur berre kunne kome etter at ein har lukkast med å endre handlingsmønsteret og arbeidsmetodane over ein lenger periode. Forståing for den eksisterande kulturen gjer heile endringsprosessen enklare, men sjølve skifte i kultur vil ikkje kome før heilt til slutt (Kotter, 2012, s. 164-165).

### **Kritikk av Kotter sin teori**

Som nemnd er Kotter sin modell for endringsleiing svært velsitert og den opphavslege versjonen av "Leading change" frå 1996 kom i ny utgåve i 2012. Det er likevel ikkje alle som er samstemd i at modellen er eit godt verkty for endringsleiing. Artikkelen "Leading change: Why transformation explanations fail" summerar kritikk av Kotter sin modell som er komen frå andre forskarar og akademikarar på feltet (Hughes, 2016). Eit av dei store ankepunkta mot Kotter sin modell som blir presentert er manglande bruk av vitskapleg metode. Hughes viser til at "Leading change" er ei anekdotisk bok med stor bruk av Kotter sine personlege observasjonar, og at ei slik form ikkje skapar akademisk kredibilitet (Hughes, 2016, s. 451). Den øvrige

kritikken som vert presentert i artikkelen omhandlar blant anna at Kotter kjem med ei rekkje påstandar, utan at han gjev eit godt belegg for desse. Til dømes skriv Kotter gjentekne gonga om forsøk på endringsprosessar som feilar, men det blir aldri presentert kva Kotter legg til grunn når han vurderer ein prosess som mislukka (Hughes, 2016, s. 452). Det kjem heller ikkje fram kva Kotter legg til grunn for å ansjå ein endringsprosess som suksess, og modellen legg heller ikkje opp til ei evaluering av prosessen og utfallet av endringa (Hughes, 2016, s. 457).

Vidare meiner artikkelforfattaren at Kotter si framstilling av at tilsette anten er for eller mot endringa ikkje tek omsyn til dei multidimensjonale haldningane tilsette kan ha til ei endring, og at ei slik framstilling derfor overforenkla røynda. I tillegg vert det stilt spørsmål til dei etiske aspekta bak at Kotter på den eine sida vektlegg tillit i organisasjonen, medan han på den andre sida foreslår handlingar som kan bryte ned denne tilliten. Til dømes ved at enkeltpersonar konstruere eit behov for endring eller at leiarar skapar raske resultat for å styrke eigen autoritet (Hughes, 2016, s. 454). Artikkelen viser òg til at dei tre fasane i eit endringsprosjekt, som Kotter kallar opptiningsfasa, gjennomføringsfasa og forankringsfasa, vart presentert av teoretikaren Lewin allereie i 1947. Lewin omtalte dei tre fasane som opptining, gjennomføring og nedfrysing. Etter akademisk etikette meiner artikkelforfattaren at Kotter då burde anerkjend den opphavelige kjelda i staden for å presentere det som eigne og nye idear (Hughes, 2016, s. 455).

Hughes meiner vidare at Kotter vier for lite merksemd til historia og kulturell kontekst i den aktuelle organisasjonen, då dette har svært stor verknad på korleis organisasjonen responderer på endring (Hughes, 2016, s. 456-457). Dersom organisasjonar ikkje ser tilbake og lærar av eiga historie, mister ein fordelane som kjem av pågåande læring. Utan å her gå nærare inn på slik læringsteori, blir det i artikkelen presentert som ein svært viktig måte å førebu seg for framtida då det anerkjenner både fortid og framtid i organisasjonen, gjerne supplert med fokus på evolusjonær endring (Hughes, 2016, s. 460-461). Artikkelforfattaren viser også til at Kotter ikkje tek omsyn til den samfunnsmessige konteksten organisasjonen står i og dei raske endringane i det eksterne miljøet, som teknologisk utvikling, konkurransesituasjon og endringar i regelverk. Dette ser ikkje ut å vere faktorar Kotter legg til grunn for årsaka til at endringsforsøk mislukkast, men som i røynda kan vere avgjerande faktorar (Hughes, 2016, s. 457).

Hughes er kritisk til at Kotter i utgåva frå 2012 av "Leading change" meiner at boka var meir relevant då enn når den først vart skriven, utan å ha funne noko svakheiter med det opphavelige verket (Hughes, 2016, s. 453). Artikkelen konkluderer med at endringsmodellen truleg har halde på populariteten fordi Kotter sjølv har høg kredibilitet og stor innflytelse på bakgrunn av

professortittelen på Harvard Business School, tidlegare forskingsarbeid og hans aktivitet som konsulent i mange store verksemder. Vidare meiner Hughes at "Leading Change" er eit "varig landemerke for leiarstudier", og at sjølv om modellen framleis er ein respektert praksisorientert modell, vart den laga i ein periode der amerikanske verksemder over tid hadde vore meir oppteken av å styre heller enn å leie endring. Modellen traff altså godt med tidsanda i 1996, men kan i følge Hughes berre vurderast som eit landemerke i dag (Hughes, 2016, s. 463). Hughes konkluderer også med at "Leading Change" no faktisk er eit hinder for endring, då leiarar etter denne modellen kan ta seg store fridomar for å gjere det dei meiner må til å få gjennomført endringane dei ønskjer. Dei kan til og med tillate seg å manipulere resultat for å skape raske singlar, utan då å ta omsyn til ulempene knytt til ei slik type endringsleiing. Hughes illustrerer konsekvensane av dette med å vise til finanskrisa i 2008, som avslørt uansvarleg leiarskap i ei rekkje store verksemder. Det blir igjen kritisert at Kotter i 2012 ikkje nytta høve til å endre "Leading Change" med nye erfaringar frå dei 16 åra som hadde gått sidan første utgåve (Hughes, 2016, s. 464-465). Kort oppsummert konkluderer artikkelen med at "Leading Change" er både utdatert og til hinder for endring i dag.

## 2.5.2 Endring i sjukehus

Til tross for at modellen også har fått kritikk, er Kotter sine åtte steg for endring ein modell som kan vere relevant for svært mange organisasjonar. For å bruke denne modellen på best mogleg måte, må ein i tillegg ha tilstrekkeleg kunnskap om kva sektor den aktuelle organisasjonen opererer i og kva som er særtekkja for sektoren, samt god innsikt i den spesifikke organisasjonen. I dette høvet vil det derfor vere nødvendig å vurdere nærare kva faktorar som spelar inn i endringsprosessar i norske sjukehus.

Å vere kjend med mekanismane som er i spel i ein organisasjon gjer det enklare å forstå kva som kan føre til endring eller reaksjonar i organisasjonen. Den anerkjende organisasjonsteoretikaren Henry Mintzberg har laga eit rammeverk for kategorisering av organisasjonar, der sjukehus er døme på profesjonell organisasjon. I boka "Inside Our Strange World of Organizations" presenterer han kjenneteikna for dei ulike organisasjonane, deriblant den profesjonelle (Mintzberg, 1989). Mintzberg forklarar ein profesjonell organisasjon som ein institusjon der kjerna av verdiskapinga vert utført av den operative delen i verksemda. Ein stor del av dei tilsette i organisasjonen er gjerne fagprofesjonar, med svært mykje kunnskap og gode ferdigheiter knytt til spesialiteten sin (Mintzberg, 1989, s. 173-174). Sidan organisasjonen i så



stor grad er prega av tilsette med mykje kompetanse, blir slike organisasjonar også gjerne kalla for kunnskapsorganisasjonar. Fordi arbeidet til fagprofesjonane er så spesialisert, kan det vere utfordrande for ein leiar å kontrollere arbeidet som blir gjort av desse fagprofesjonane. På denne måten har den operative kjerna i organisasjonen stor autonomi over eigen arbeidskvardag. For å likevel sikre jamne resultat av tilfredsstillande kvalitet i organisasjonen, består arbeidet i stor grad av standardiserte prosedyrar og ferdigheiter. Ved å standardisere dette forsøker ein å sikre at det er likskap i kva dei tilsette i ein fagprofesjon produserer, på tross av den autonome arbeidskvardagen deira (Mintzberg, 1989, s. 175-176).

Profesjonelle organisasjonar vert gjerne strukturert i eit tydeleg hierarki med ei rekkje avdelingar, der fagprofesjonane som jobbar innan same spesialisering vert samla (Mintzberg, 1989, s. 174). Sjølv med eit tydeleg byråkratiske trekk, er makta ofte desentralisert, då det er vanskeleg å utfordre dei faglege vurderingane til dei tilsette i den operative delen av organisasjonen. Ein anna faktor som understreker fagprofesjonane si rolle er det faktum at organisasjonen er svært sårbar dersom fagprofesjonane vel å motstille seg ei slutning eller ikkje gjennomfører planlagd aktivitet, då det dei som sørgjer for verdiskapinga. I tillegg er den høgspesialiserte arbeidskrafta kostbar for organisasjonen, som også medverkar til eit sentralt medvit om korleis ein brukar denne verdifulle ressursen. Dette gjer at øvrige delar av organisasjonen ofte har oppgåver som skal fasilitere fagprofesjonane sitt arbeid (Mintzberg, 1989, s. 177). Ein må likevel merke seg at det strategiske toppunktet vil vere sjukehusleiinga og at mange slutningar vert fatta her. Dette gjeld spesielt slutningar som vil påverke ein større del av organisasjonen eller er medfører betydelege økonomiske forpliktingar (Mintzberg, 1989, s. 185). Sjølv om fagprofesjonane er ein sentral del av profesjonelle organisasjonar, blir altså ikkje strategiske slutningar og prioriteringar vedteke i den operative delen av organisasjonen.

Mintzberg går også inn på korleis endring og danning av strategi går føre seg i ein profesjonell organisasjon, samt kven som har myndigheit til å fatte ulike slutningar. For slutningstaking vil ein først identifisere eit problem, før ein deretter utviklar moglege løysingar, og til slutt vel ein eller fleire av desse moglege løysingane for implementering. Det å identifisere problem startar gjerne med initiativ frå ein enkeltperson, men det vil ofte vere fleire menneske som er involvert i å utvikle moglege løysingar. Endeleg val av løysing vil ofte krevje ei slutning i anten den strategiske toppleiinga, eit utval eller liknande (Mintzberg, 1989, s. 185-187). Slike prosessar føregår ofte relativt skjult og ein då risikerer at ei anna avdeling eller tilsvarande avdeling på ein annan institusjon arbeider med den same problemstillinga, utan at ein klarar å sjå fordel av

å samarbeide. For å lukkast med eit slikt samarbeid er ein avhengig av god koordinering på tvers organisasjonsledd. Men utfordringar med koordinering er nettopp noko av det Mintzberg peiker på som ei av dei store utfordringane til ein profesjonell organisasjon. Behov for koordinering er ikkje berre knytt til arbeid med problemløysing, men god koordinering vil òg vere essensielt for å sikre effektivt samarbeid mellom fagprofesjonane og øvrige funksjonar, samt dagleg arbeid som krev innsats på tvers av avdelingar (Mintzberg, 1989, s. 188-189).

For å danne strategi presenterer Mintzberg tre nivå for slutningstaking i profesjonelle organisasjonar. Det første nivået er slutningar basert på profesjonell dømmekraft. Dette reflektera den store autonomien som fagprofesjonane har i sitt arbeid og gjer at dei på fatte ei rekkje slutningar på dagleg basis. Likevel ser ein ofte ein slags profesjonell kontroll, der ein tek slutningar som ein veit at blir akseptert av kollega. Vidare føl slutningar som vert teke av administrasjonen. Dette er slutningar som vert teke for å leie fagprofesjonane og støtte opp under deira arbeid. Her vil ein finne dei strategiske slutningane, samt slutningar som omhandlar mange viktige kollektive prosessfunksjonar, som til dømes kva råd og utval organisasjonen skal ha og kven som skal sitje i dei. Til slutt har ein slutningar som kjem av kollektive val. Her finn ein interaktive prosessar som samlar fagprofesjonar og administrativt tilsette på fleire nivå (Mintzberg, 1989, s. 184-185).

Sjuehus er eit godt døme på profesjonell organisasjon. Den operative kjerna er helsefagleg tilsette med spisskompetanse innan sitt felt, og det er utvilsamt desse som står for majoriteten av verdiskapinga i eit sjukehus. Faktorane om høg grad av autonomi og standardisering frå Mintzberg sin teori stemmer òg godt overeins med røynda i eit sjukehus. Vidare ser ein at mange av dei som ikkje er helsepersonell i eit sjukehus har oppgåver knytt til å fasilitere for fagprofesjonane sitt arbeid, gjennom til dømes sekretærfunksjonar, portørar og store delar av det administrative arbeidet. Når ein ser at det er så mange likskapsteikn mellom sjukehus og Mintzberg sine karakteristikkar for ein profesjonell organisasjon, bør ein òg rette merksemd til det Mintzberg peikar på som utfordringar for desse organisasjonane. Som leiar i vil det vere viktig å adressere blant anna utfordringane med koordinering og å ta høgde for dette i det daglege arbeidet.

Med Mintzberg si skildring av sjukehus som profesjonell organisasjon som grunnlag, vil det vere fleire fasettar med struktur og kultur i norske sjukehus som bør belyst. Dette blir blant anna gjort i Jan Grund si bok "Sykehusledelse og helsepolitikk – dilemmaenes tyranni", der han hentar inspirasjon frå ei rekkje norske og internasjonale fagpersonar når han skildrar norske

sjukehus. Grund viser til at det vert stilt krav til sjukehusa frå ei rekkje ulike hald. Fagprofesjonane internt i sjukehusa set krav til forskning og utvikling, politikarar har krav om prioritering, effektivitet og rammeføresetnadane, fagforeiningar kjempar for betre løns- og arbeidsvilkår, pasientgrupper arbeider for kortare ventetider, nye behandlingsformer og betre kvalitet, medan den breie offentlegheita ønskjer betre informasjon, kvalitet og valfridom (Grund, 2006, s. 17). Slutningar i sjukehus blir forma av fire typar av faktorar. Det er eksterne krefter (sjukdomsutvikling, teknologi, demografi), interne krefter (kunnskapsutvikling, spesialisering, organisasjonskultur), eigarstyrte spelereglar (finansiering, tilknytingsform), og interne spelereglar (strategi- og leiarkompetanse). Politikarane si rolle er å strukturere dei eigarstyrte spelereglane slik at politiske mål kan realiserast, gjennom til dømes å endre budsjettammer eller tilknytingsform. Desse faktorane gjer den heilskapelege styringa av sjukehus vanskeleg og resulterer i ei styringsklemme. Leiarane i norske sjukehus må tolke og handtere dei eksterne kreftene og eigarstyrte spelereglane, samstundes som dei anerkjenn interne krefter og spelereglar som formar sjukehuset, noko som gjer leirolla svært kompleks. (Grund, 2006, s. 18-19). I følgje Grund må organisering og leiing utøvast med nødvendig fleksibilitet og fastheit, og strategisk sjukehusleiing fordrar eit godt samarbeid mellom administrativ leiing, fagleg leiing og klinikkleiinga.

For å beskrive norske sjukehus som organisasjonar, byggjer også Grund på Mintzberg sin teori om den profesjonelle organisasjon, altså kunnskapsorganisasjonen. Kunnskap og arbeidskrafta er den viktigaste kapitalen eit sjukehus har, og tenestene som blir levert er komplekse og gjerne unike. Eit sentralt kjenneteikn ved dei kunnskapsrike fagprofesjonane er at dei gjerne identifiserer seg meir med fagprofesjonen sin enn med organisasjonen dei er tilsett i. Dette gjev ein arbeidsstokk med sterk fagleg integritet og stoltheit, som kan medføre vanskar med å akseptere kritikk og ta i mot ordrar (Grund, 2006, s. 144). Behandlinga fagprofesjonane gjev pasientane blir stadig meir spesialisert og kompleks, og pasientbehandling krev gjerne innsats frå fleire ulike delar av sjukehuset. Spesialiseringa fordrar at ein finn arbeidsdeling og koordineringsmekanismar som tek omsyn til både fagprofesjonane sin autonomi, gjev rom til fleksibilitet, samstundes som den er føreseieleg og det er eit tydeleg ansvar for det samla pasientforløpet. Å administrere denne pasientflyten krev kunnskap om både klinisk verksemd, leiing og administrasjon (Grund, 2006, s. 148). Dette behovet blir forsterka av at dei fleste sjukehus er funksjonelt strukturert og delt inn etter dei ulike spesialiseringane. Dei ulike avdelingane sit ikkje berre på fagkunnskapen om ei pasientgruppe, men har også gjerne teknologien behandlinga krev. Til dømes vil det vere den radiologiske avdelinga som har

tilgang på utstyr for å foreta røntgenbilette, og andre delar av organisasjonen er avhengig av denne avdelinga for gjennomføring av slike undersøkingar. Funksjonsinndelinga kombinerast gjerne med linje- og stabsorganisasjon, der autoritetsforholda er knytt til linjeleiar, medan stabsfunksjonen gjev råd, støtte og service. Ulempa med denne måten å organisere på er at dei formelle autoritetslinjene ikkje føl dei faktiske ansvarslinjene. For å kompensere for dette har fleire større sjukehus innført senterorganisering, der aktiviteten er delt inn i større, avgrensa fagområder, til dømes ved å slå saman fleire klinikkar til større divisjonar. Divisjonane har gjerne meir sjølvstendig økonomisk ansvar og gjer at tal administrative einingar har blitt redusert (Grund, 2006, s. 150). Likevel meiner Grund at det ikkje finst ein optimal organisasjonsmodell og at ein derfor ser at sjukehusstruktur er i konstant endring, med oppdeling av einingar, samanslåingar, nye funksjonar og nye nivå (Grund, 2006, s. 148). Mangelen på ein beste praksis kan føre til ei kontinuerleg jakt på forbetringar, og komplekse organisasjonar medfører gjerne komplekse endringsprosessar.

Strategisk leiing handlar om å utvikle organisasjonen for å takle endringar i omgjevnader, og å heile tida ha ein medvit om å ta vala som gjev ei best mogleg framtid. Ein strategi kan omfatte mykje, og handlar om å bevisstgjere og samle organisasjonen rundt verdigrunnlag, mål og verkemiddel. For kunnskapsorganisasjonar, med sine sterke fagprofesjonar, vil det vere viktig å forankre strategiprosessar hjå nøkkelpersonell og aktivt involvere dei tilsette frå starten av for å unngå at strategiarbeidet berre blir eit toppstyrt prosjekt. Grund viser til at leiinga må styre dei meiningsdannande prosessane i organisasjonen på ein måte som set fokus på at endring er nødvendig for at organisasjonen skal meistre skifte i omgjevnader (Grund, 2006, s. 177-178). Viktigheita av å skape kjensle av nødvendighet for endring og å forankre endringa hjå nøkkelpersonell blir også vektlagd av Kotter i hans åtte steg til endring, og synleggjer likskapsteikn mellom det Grund viser til som strategisk leiing og Kotter sin modell for endringsleiing. Grund forklarar vidare at strategiarbeid inneber å tenkje på valmoglegheiter, sjå framover og lage handlingsplanar for korleis ein skal nå ønskja framtidstilstand. Gjennom eit slik arbeid kan ein kartlegge styrker og svakheiter ved alternative organisasjonsmodellar, identifisere strategiske utfordringar, og å skape mekanismar og prosedyrar som handterer dette (Grund, 2006, s. 181-182). På same måte som Kotter, presiserer Grund at det kan vere mange motkrefter mot at strategiar og planar blir gjennomført, men forklarar at ein god strategi er open for å forstå og handterer desse motkreftene mot endring. I kunnskapsorganisasjonar kjem gjerne motstanden frå svært kompetent fagpersonell som ikkje let seg beordre, men må involverast. Gode endringsprosessar krev forståing, forankring og forplikting til endringa hjå

nøkkelpersonane i organisasjonen. Ein må då utøve godt strategisk leiarskap, som både ser framover og motiverer kunnskapsarbeidarane til å vere delaktig i dei kontinuerlege endringane (Grund, 2006, s. 185-187).

Strategisk sjukehusleiing krev samarbeid på tvers av nivå i organisasjonen, og desentralisert ansvar på avdelingsnivå må kombinerast med toppleiaransvar for strategi og organisasjonsposisjonering. I store organisasjonar vil det alltid vere fare for at konfliktlinjer oppstår, men ei god og robust organisasjonsform kan gjere desse konfliktlinjene om til kjelde for endring og utvikling. Ein organisasjon med struktur og kultur som mogleggjer innovasjon, læring og tilpassing til omgjevnadane, er å føretrekke og skapar ein lærande organisasjon. Leiaren si evne til å setje press på omstilling, innovasjon og effektiv læring er kritisk for kvaliteten på organisasjonen, og tydelege styringslinjer er avgjerande for å kunne hauste kreativiteten som er til stades i sjukehusorganisasjonen (Grund, 2006, s. 32-33). Men i motsetnad til Kotter, er det i følge Grund ikkje noko enkel framgangsmåte eller oppskrift for endringsleiing. Som leiar må ein finne balansen mellom å styre "hardt" og "mjukt", der den harde metoden har fokus på betring av synlege resultat og bruk av makt, medan den mjuke varianten vektlegg skapinga av ein lærande, desentralisert og eksprimenterande kultur med medarbeidarorienterte omstillingsprosessar (Grund, 2006, s. 32-33). Så sjølv om det er tydelege likskapsteikn mellom Grund sine betraktningar om endring i norske sjukehus og Kotter sin endringsmodell, er det òg klare skilnader når det kjem til korleis endringsprosessar helst bør gjennomførast.

## 2.6 Teori om implementering

Som Kotter tydeleg presiserer, er eit viktig element for å lukkast med implementering av endringsprosjekt kopla til i kva grad organisasjonen er klar for dei aktuelle endringane. Den oppfatninga finn ein igjen fleire stadar i litteratur om implementering. Til dømes skriv Bryan Weiner om omgrepet som på engelsk heiter "readiness for change" for å vurdere nettopp kor klar ein organisasjon er for endringar. Eg vil vidare bruke endringsførebuddheit for dette engelske omgrepet. Endringsførebuddheit er "ein delt psykologisk status der medlemmane i organisasjonen kjenner seg forplikta til å implementere ei organisatorisk endring og at dei er trygg på sine kollektive evner til å gjere det" (Weiner, 2009, s. 1). Kjensla av forplikting blir omtalt som endringsforpliktinga og evna til å gjennomføre endringa blir omtalt som endringseffektivitet. Endringsførebuddheit kan omfatte fleire nivå, og vere gjeldande i større

eller mindre grad på både individnivå, gruppenivå, avdelingsnivå eller organisasjonsnivå. Lik Kotter, stadfestar Weiner at å implementere komplekse endringar krev kollektiv handling av mange personar. Weiner konstaterer også at menneska i organisasjonen kan involvere seg fordi dei anten ser verdien av endringa, fordi dei ikkje har anna val, eller fordi dei kjenner at dei bør involvere seg. Involvering basert på at dei sjølv ser verdien av endringa er mest ønskjeleg, då dette skapar det høgaste nivået av engasjement (Weiner, 2009, s. 2).

Denne teorien vurderer endringsførebuddheit ut i frå eit psykologisk perspektiv, der ein tek utgangspunkt i menneska i organisasjonen i staden for strukturelle aspekt, økonomi og liknande. Strukturar og ressursar, vil likevel påverke medlemmane si kjensle av førebuddheit. Det blir vidare presisert at endringsførebuddheit er situasjonsbestemt og endringsspesifikk. Kultur i organisasjonen og viljen til å ta risiko for å oppnå endring spelar ei viktig rolle. Men sjølv om organisasjonen har ein kultur som er godt rusta for endringsarbeid, vil forpliktinga frå dei tilsette henge saman med det einskild prosjekt. I tillegg er det gjerne samanheng mellom kjensla endringsforpliktinga og endringseffektiviteten. Lita tru på evna til å gjennomføre endringa vil føre til låg motivasjon til å engasjere seg i prosjektet, og på den andre sida kan lite motivasjon for endringa gjere at ein undervurderer evna ein har til å gjennomføre den. Derfor vil endringsførebuddheita vere høgast når medlemmane både kjenner eit ønskje om å implementere endringa og er trygg på at dei er i stand til det (Weiner, 2009, s. 3). Ei felles kjensle av førebuddheit kan kome av gode leiarar med tydeleg kommunikasjons- og handlingsmønster, og felles, gode erfaringar frå tidlegare endringsprosessar, samt spreie av informasjon i sosiale interaksjonar. Følgjeleg vil ein ikkje få kjensla av førebuddheit dersom leiar oppfører seg inkonsekvent, om ein ikkje har gode system for interaksjon på tvers, eller ein ikkje har same erfaringsgrunnlag frå tidlegare prosjekt. Om ulike delar av organisasjonen har varierende grad av førebuddheit, kan det medføre utfordringar i implementeringsprosessen og vil krevje tett koordinering og oppfølging (Weiner, 2009, s. 3).

Å skape endringsførebuddheit er vanskeleg. Også her trekkjer Weiner fram nokre av dei same elementa som Kotter fokuserer på, med at ei kjensle av nødvendighet for endring er viktig for å skape engasjement, og at dersom medlemmane verdset endringa vil dei vere meir motivert for å implementere den. Weiner presiserer at medlemmane ikkje treng å verdsetje endringa av same grunn, så lenge den kollektive oppfatninga av verdi er til stades. Endringseffektiviteten blir avgjort av medlemmane si vurdering av dei tre faktorane oppgåvekrav, tilgang på ressursar og situasjonsbestemte faktorar. Dette kan formulerast til spørsmåla "veit vi kva som krevjast

for å effektivt implementere endringa, har vi ressursane til å effektivt implementere endringa, og kan vi effektivt implementere endringa i situasjonen vi no er i?" (Weiner, 2009, s. 4). Når menneska i organisasjonen har ei felles og positiv vurdering av desse tre spørsmåla, vil tryggleiken på at dei i fellesskap klarar å implementere endringa, altså endringseffektiviteten, vere høg. Høg førebuddheit fører til ei åtferd som støttar opp om og bidreg til vellukka endring. Det må likevel presiserast at førebuddheit er ein sentral faktor, men vil ikkje vere ein garanti for suksess. God planlegging og andre styringsmessige faktorar er framleis eit must for å lukkast. I tillegg må ein unngå å feiltolke grada av førebuddheit, med å over- eller undervurdere evna til å gjennomføre endringa (Weiner, 2009, s. 5). Weiner problematiserer òg rundt at grunnlaget for førebuddheit er ei felles psykologisk oppfatning av evne og vilje, og at det er vanskeleg å undersøke og fastslå om ei slik felles oppfatning faktisk eksisterer i ein gjeitt situasjon. Dersom ein finn at det ikkje eksisterer ei felles oppfatning for heile organisasjonen, kan ein gå vidare til å vurdere om ein finn det på eit lågare nivå, som ei avdeling. Sjølve målinga av førebuddheit er utfordrande, men ein må vere medviten om at målinga fokuserer på kollektiv innsats og evner, framfor eit individuelt fokus (Weiner, 2009, s. 5-6).

# 3 Metode

## 3.1 Metodisk framgangsmåte

Denne studien er av kvalitativ art, og eg har valt å nytte prosess-sporing (teke frå det engelske omgrepet process tracing) som innsamlingsmetode. Målet med prosess-sporing er å "skaffe informasjon om veldefinerte og spesifikke hendingar og prosessar" (Tansey, 2007, s. 765). Metoden legg til rette for å kombinere eliteintervju og dokumentanalyse for å forsøke å identifisere og studere mekanismar som har påverka prosessen. I eliteintervju vil deltakaren vere ein person med spisskompetanse på området, og er ofte i roller som gjer at dei innehar informasjon som ikkje kjem fram i møtereferat eller andre offentlege dokument (Green & Thorogood, 2018, s. 136). Slik informasjon ville ikkje vore mogleg å samle inn på same måte med bruk av spørjeundersøking eller liknande. Det ville heller ikkje vore hensiktsmessig å begrense ei slik studie til å berre omfatte dokumentanalyse, då møtereferat og andre dokument kan framstillast på ein måte som gjev inntrykk av at slutningar vert fatta med konsensus utan særleg diskusjon, sjølv om dette ikkje alltid er røynda. Ved å utelukkande nytte dokumentanalyse er ein òg avhengig av god tilgang på all skriftleg dokumentasjon frå prosessen, noko som gjer ein svært sårbar for ein eventuell mangel på slik dokumentasjon (Tansey, 2007, s. 767).

Sjølve intervjuet var semi-strukturerte, med ein førebudd intervjuet og oppfølgingsspørsmål undervegs i samtala (Green & Thorogood, 2018, s. 116). Intervjuet besto av ei rekkje spørsmål som vart stilt til alle deltakarane, i tillegg til somme spørsmål som var tilpassa til kva rolle deltakaren hadde i overføringsprosjektet. Kombinasjonen av førebudde spørsmål og oppfølgingsspørsmål la til rette for at deltakaren fekk høve til å kome med alle sine tankar og innspel. Intervjuet for andre runde med intervju vart byggja på innspela den spesifikke deltakaren gav i det første intervjuet, og utviklinga overføringsprosjektet hadde hatt i perioden juni til februar. Arbeidet med intervjuguiden var inspirert av teori om endringsleiing, då spesielt John Kotter sine åtte-stegs endringsmodell. Å hente inspirasjon frå slik teori var til hjelp med å identifisere viktige element i endringsprosessen og høyre deltakarane sine tankar rundt desse. Spørsmåla vart i tillegg drøfta med vegleiar for å få innspel frå ein erfaren forskar.



## 3.2 Utval

Vinteren 2019 hadde eg eit internship i staben i Kirurgisk divisjon på Ahus. Dette internshipet gjorde meg kjend i organisasjonen og ga meg eit nettverk i divisjonen, noko som var eit godt grunnlag for å rekruttere deltakarar. Eg kunne då kontakte personar eg sjølv hadde vore i dialog med tidlegare, eller vise til internshipet då eg tok kontakt med dei eg ikkje hadde møtt før. Det var likevel ikkje slik at eg kjende nokon av deltakarane godt. For rekruttering av utval har eg forsøkt å vere medviten om å få ei brei gruppe deltakarar. Det er fordi det ikkje er utenkjeleg at oppfatninga ein person har av ein pågåande prosess kan vere påverka av rolla vedkomande har i organisasjonen. Med andre ord kan det vere mogleg at avdelingsleiar ser på ein endringsprosess annleis enn ein tilsett, blant anna fordi dei har ulik tilgang på informasjon om prosessen. Strategien for utveljing var difor målretta for å sikre innspel og informasjon frå personar med ulike roller (Green & Thorogood, 2018, s. 75).

Ein målretta rekrutteringsstrategi er i tråd med prosess-spring, nettopp fordi ein ønskjer å samle inn data frå personar som har delteke i prosessen ein studerer (Tansey, 2007, s. 765). Vidare har eg nytta snøballmetoden for å identifisere potensielle deltakarar. I denne studia var det i hovudsak berre to organisasjonar det aktuelt å rekruttere deltakarar frå, nemleg Kongsvinger sjukehus og Ahus HF. Til gjengjeld er desse organisasjonane store og prega av tette nettverk, noko som gjer snøballmetoden svært hensiktsmessig (Green & Thorogood, 2018, s. 77). Utvalet i studia består av 8 deltakarar, der tre av desse er intervjuva to ganga. Vurderingar rundt utvalsstorleik er presentert i kapittel 5.4 om metodologisk drøfting. Å ha høve til å gjennomføre intervju med same deltakar to ganga gjev eit særst godt grunnlag for å observere eventuelle endringar i haldning over tid. Det var her omlag åtte månader mellom dei to intervjuva og dei vart gjennomført på ulike stader i overføringsprosessen. Eit anna alternativ ville vore å rekruttere nye deltakarar til den andre runda med intervju, men det kan tenkjast at deltakarar som eg allereie har bygd ein relasjon med er meir open og ærleg i sine innspel enn kva nye deltakarar hadde vore.

Fordi hovudfokus i oppgåva har vore sjølvve overføringsprosessen, prioriterte eg deltakarar frå Akershus universitetssjukehus og Kongsvinger sjukehus. I tillegg er det ein representant frå Helse Sør-Aust, som eigar av sjukehusa. Utvalet inkluderer ikkje representantar frå leiinga i Sjukehuset Innlandet eller Sjukehuspartner. Vurderingar rundt dette er gjort i kapittel 5.4 om metodologisk drøfting.

### **3.3 Praktisk gjennomføring**

Deltakarane i studia er travle menneske, og alle intervju har difor gått føre seg på deltakaren sin arbeidsstad. Det vart først gjennomført sju intervju i juni 2019. Desse intervju handla i hovudsak om korleis prosessen med fase I hadde vore, i tillegg til somme spørsmål om det pågåande arbeidet med fase II. I desember 2019, då fase II var overstått, hadde eg eit intervju med ein nøkkelaktør i denne fasa. Basert på informasjonen som kom fram i intervju i juni 2019, valde eg å ta ei ny runde med intervju med tre av deltakarane frå første runde. Desse intervju fant stad i februar 2020. Både intervjuet i desember og dei tre intervju i februar, gjekk òg føre seg på deltakaren sin arbeidsstad. Til saman er det gjennomført 11 intervju, der kvar av dei varte i omlag ein time.

### **3.4 Analyseprosessen**

#### **3.4.1 Transkribering av intervju**

Intervju vart i all hovudsak transkribert ordrett i eit tekstdokument, med unntak av tydelege digresjonar. Første runde med intervju vart transkribert i løpet av hausten 2019, medan intervju med deltakar 8 og andre runde med intervju av deltakar 1, 5 og 7 vart gjort like etter intervjuet fant stad. Ved å skrive ut heile intervju sikra eg at all informasjon og kontekst for deltakarane sine utspel var tilgjengeleg for det vidare arbeidet med koding og tolking av intervju. Sidan intervju var spreidd over tid, var det ikkje nemneverdig belastning å skrive ut heile intervju.

#### **3.4.2 Tolking og kategorisering**

For tolking og kategorisering av data har eg nytta tematisk nettverksanalyse. Denne metoden utforskar forståinga av eit tema og gjev ein måte å organisere kvalitativ data i eit nettverk av ulike tema (Attride-Stirling, 2001, s. 387-388). Analyseprosessen består av tre hovuddelar: reduksjon av mengda data, utforske funn i teksten og integrasjon av utforskinga. Dei tre hovuddelane består av totalt seks trinn som eg fylgde stegvis. Det første steget er å redusere mengda av data. Datareduksjon er naudsynt i kvalitativ forskning fordi ein ofte opererer med datamengd av betydeleg storleik. Dette kan gjerast med å lage eit rammeverk av kodar, som er ei rekkje tema som kom fram i intervju. Kodane vil vere ein måte å strukturere og samanfatte innhald i transkriberinga av alle intervju. Det er naturleg at det er samanheng mellom kodane

og spørsmåla i intervjuguiden (Attride-Stirling, 2001, s. 390). Etter å ha transkribert majoriteten av intervjua, las eg gjennom dei transkriberte intervjua og identifiserte kodar for dei mest sentrale emna sett opp mot både forskingsspørsmålet og kva deltakarane løfta fram som viktig. Brukte kodar var til dømes informasjon og implementeringsprosess. Eg laga ei liste over aktuelle kodar i eit tekstdokument og gjekk deretter gjennom alle transkriberte intervju for å hente ut sitat som rørte ved kodane. På den måten bryt ein teksten opp i mindre delar, som resulterte i ei oversikt over utspel frå samlege deltakarar fordelt etter tema. Sidan eg gjennomførte to rundar med intervju, vart dette steget først gjort for runde éin av intervju, før eg gjentok prosessen for andre runde av intervju. Det var fleire kodar som gjekk igjen i begge rundane, men somme kodar vart erstatta i analyse av den andre runda av intervju. For å halde eit klart skilje mellom dei to rundane valte eg å ha eit eige dokument for kvar av rundane. Det å ha koda dei første intervjua før eg tok til med dei siste intervjua kom godt med i utforming av ny intervjuguide og gjorde at eg då kunne stille spørsmål basert på funn i kodinga av første runde med intervju.

Steg to i analyseprosessen er å identifisere signifikante tema som kjem fram av dei koda tekstsegmenta. Når ein les gjennom sitata sortert etter kodar, kan det vere lettare å identifisere gjennomgåande mønster og strukturar. Dei signifikante temane skal deretter vidare formast til tema som er spesifikke nok til å vere presise, men samtidig brei nok til å omfatte fleire av dei uthenta tekstsegmenta (Attride-Stirling, 2001, s. 392). Den nye gjennomgangen var gjevande og førte til refleksjonar som eg notert og har nytta i diskusjonskapittelet. Også dette steget vart gjort i to omgangar, av omsyn til dei to intervjurundane. Det siste steget i del éin av nettverksanalyse er å danne sjølve nettverka basert på temane ein har identifisert. Dette vert gjort ved å samle temane i grupper basert på likskap i innhaldet. Kvar gruppe vil resultere i eit globalt tema, etterfylgd av meir spesifikke organiserande tema og basistema. (Attride-Stirling, 2001, s. 392). Eit basistema er desse gruppene av tema som har ein likskap i innhald. Organiserande tema er ei samling av basistema som høyrer tematisk saman. Dei organiserande temane skal summere meir abstrakte prinsipp som er felles for denne samlinga av basistema. Vidare føl globale tema som er overordna tema som omfattar heilheita av datagrunnlaget (Attride-Stirling, 2001, s. 388). Illustrasjon av nettverket kjem fram i figur 8. Det globale temaet i denne studia er endringsprosess. Dei to organiserande temane eg fant, var eksterne og interne faktorar. Basistema for eksterne faktorar var økonomi, politikk og andre aktørar. Basistema for dei interne faktorane var lojalitet, haldningar, informasjon, rom for påverknad og tid.



Figur 8. Illustrasjon av tematisk nettverksanalyse. Det globale temaet for denne studia er endringsprosess. Eit organiserande tema var eksterne faktorar, med tre tilhøyrande basistema. Det andre var interne faktorar, og inkluderte fem basistema.

Andre hovuddel er analysestadiet og startar med steg fire, der ein skal beskrive og utforske nettverket ein har laga. Nettverket vil her vere eit verkty for å gå tilbake til den originale teksten og danne ei djupare forståing av den, og å identifisere mønster som ligg til grunn. Når ein går tilbake til den originale teksten skal den ikkje lesast frå start til slutt, men ut i frå globale tema, organiserande tema og basistema. (Attride-Stirling, 2001, s. 393). Å lese den originale teksten på denne måten sette materialet i eit anna lys, og gjorde det enklare å forstå sentrale og gjennomgåande mønster. Det siste steget i analysestadiet er å summere det tematiske nettverket. Den siste hovuddelen er integrasjon av utforskinga, og ein går då laus steg seks, som er å tolke mønster ein har identifisert. Tolkinga skal baserast på oppsummeringa av nettverket og relevant teori. Ein brukar dette til å utforske sentrale tema, mønster og strukturar som er komen ut av tekstmaterialet. Målet er at tolkingane skal koplast til forskingsspørsmålet og relevante teoretiske aspekt som ligg til grunn, for så å adressere teorien med argument basert på identifiserte mønster (Attride-Stirling, 2001, s. 394). Dette har eg forsøkt å gjere i diskusjonskapitlet.

## 4 Resultat

Basert på dei gjennomførte intervjua og den tematiske nettverksanalysa, har eg identifisert interne og eksterne faktorar som kan sjå ut å ha påverka den omfattande endringsprosessen knytt til føretaksoverføringa av Kongsvinger sjukehus. Eg vil vidare løfte fram haldningar, informasjon og rom for medverknad som interne faktorar, og politikk, økonomi og ytre aktørar som eksterne faktorar. Fordi det vart gjennomført to intervjurundar, vil eg skilje tydeleg mellom desse, då deltakarane gav sine innspel i ein tidsbestemt kontekst som kan ha endra seg på dei omlag åtte månadane det gjekk mellom dei to intervjua. Derfor vil eg først presentere funn frå dei første intervjua, for så å presentere resultata av den andre intervjua. Det var eit intervju som fant stad mellom dei to intervjurundene. Sidan dette intervjuet vart gjennomført etter fase II vart avslutta, vil funn frå dette intervjuet bli presentert saman med funn frå andre runde med intervju. Før vi tek til på funna frå andre intervjurekke, vil eg gå meir inn på sjøve overføringshelga, då denne helga på mange måtar vart ein manifestasjon av alle dei identifiserte faktorane.

### 4.1 Interne faktorar

Første runde med intervju vart gjennomført i juni 2019. Då hadde Kongsvinger sjukehus vore ein del av Ahus HF sidan februar og arbeidet med fase II av overføringa hadde pågått i eit par månader. Eit sentralt tema i desse intervjua var ulike aspekt med implementeringsprosessen. I denne intervjurunda vart implementeringsprosessen brukt om arbeidet med fase I, då det var her sjøve overføringa fant stad. Deltakarane var svært samstemd i at det var spesielt to faktorar som la godt til rette for føretaksoverføringa. Den eine var Kongsvinger sjukehus sitt sterke ønskje om å bli overført til Ahus, og den andre var ein gjennomgåande lojalitet til det politiske vedtaket som vart fatta. Vidare fortalte fleire om eit godt samarbeid mellom sjukehusa på Nordbyhagen og Kongsvinger gjennom heile prosessen. Desse overordna tilbakemeldingane ligg som eit tydeleg bakteppe for øvrige funn i denne intervjurunda. Utover dette overordna bakteppet, var det somme aspekt som vart spesielt vektlagd. Det omhandla i kva grad dei tilsette kjente seg involvert i prosessen, korleis informasjonsflyten fungerte, kva haldningar menneska i organisasjonane hadde til overføringa, og kva tidsramme og framdriftsplan prosjektet fylgde. Desse vil eg no gå nærare inn på.

### 4.1.1 Informasjon og involvering

Arbeidet med fase I vart av somme deltakarar beskrive som ein strategisk fase. Med det meinte ein at prosessen fram mot sjølv overføringa var prega av mykje tekniske avklaringar og tilpassingar, og fordi ein skulle overføre Kongsvinger sjukehus "as is", ville ikkje denne delen av føretaksoverføringa medføre særleg store endringar i dei tilsette sin arbeidskvardag. Til spørsmål om kva deltakarane tenkte om i kva grad tilsette kjende seg involvert i og informert om arbeidet med fase I, responderte fleire av deltakarane at det i denne fasa ikkje var ein ambisjon om å inkludere tilsette, men at dette ville kome på eit seinare tidspunkt. Det kjem også til syne gjennom at deltakarane si rolle i organisasjonen kan sjå ut til å ha samsvar med involveringsgrada dei sjølv kjende, der deltakarar med eit høgare leiarnivå kjende seg godt involvert, medan dei som arbeida på sengepostar eller liknande vurderte at dei ikkje var involvert på dette stadiet av endringsprosessen. Også somme av deltakarane med leiaransvar anerkjende dette og uttalte at dei tilsette truleg ikkje hadde oppleving av å vere aktivt involvert i fase I av overføringa. Enkelte deltakarar la likevel til at dei tilsette på Kongsvinger sjukehus truleg var meir involvert og informert enn tilsette ved Nordbyhagen. Dette såg dei som naturleg både fordi det er eit mindre miljø der nyhende spreiar seg raskt, og fordi informasjon om endringa var spesielt relevant for dei tilsette der, då det var dei som ville få endringar i IKT-systema dei nyttar i arbeidskvardagen. Den tilsynelatande mangelfulle involveringa av tilsette i første del av Kongsvinger-prosjektet vart sett på som uheldig av ein av deltakarane som også er tillitsvald. Vedkomande uttalte at han som tillitsvalde ikkje hadde blitt kontakta i samband med endringa, og løfta fram viktigheita av brei involvering for å danne eit best mogleg slutningsgrunnlag. Vedkomande poengterte òg at sjølv om det sikkert hadde vore mogleg for dei å kome med sine innspel, er det vanskeleg å involvere seg når ein ikkje er informert om kvar i prosessen ein er eller kva tema som blir diskutert.

Somme av deltakarane opplevde altså at dei mangla informasjon om den pågåande prosessen, og at dette påverka deira høve til å involvere seg. På same måte som at kva grad deltakarane kjente seg involvert i fase I var avhengig av rolla deltakaren hadde i organisasjonen, kan det verke som kor godt ein følte at ein var informert om det pågåande arbeidet, også var avhengig av rolle i organisasjonen. Ein deltakar viste til at både prosjektgruppa i det regionale overføringsprosjektet og dei to helseføretaka hadde roller i kommunikasjonsarbeidet, men at det var helseføretaka sitt ansvar å informere dei tilsette i eigen organisasjon. Igjen viser funna at deltakarane med leiaransvar meiner at overføringa var godt informert om, medan dei

tillitsvalde kunne ønskja at det vart gjeitt meir informasjon. Ein deltakar opplevde at det var informert svært godt, spesielt i forkant av overføringshelga, men la til:

*Men samtidig er det jo likevel sånn at informasjonen ikkje er gjeven før den er forstått. Ein leiar kan informere utan at dei tilsette forstår kvifor vi skal gjere dette. Viss ein då ikkje forvissar seg om at informasjonen er forstått, så kan det vere at nokon blir utrygg eller naiv, at ein ikkje tenkjer så mykje over ting og trur at ein blir ivareteke.*

I følgje resultata er det altså variasjon i deltakarane si oppfatning av kven som burde blitt involvert i fase I, og kva informasjon dei tilsette burde fått på dette stadiet. Arbeidet med fase II så vidt påbyrja då første runde med intervju fant stad, men deltakarane vart likevel spurd om deira syn på informasjon og involvering i starten av denne fasa. Ein deltakarane fortalde om at det pågjeikk fag-til-fag møta og workshopar som tok sikte på å involvere ei breidde av tilsette på alle nivå, samt informasjon på allmøte og intranettet. Dette fokuset på brei involvering, og å etablere relasjon mellom fagområda på dei to lokasjonane vart honorert av fleire av deltakarane. Ein av dei tillitsvalde uttalte likevel at dei kunne delta i arbeidet ved å kome med sine tankar og løysingar, men at dei til sjuande og sist er prisgjeven nokon lenger oppe i organisasjonen, då det uansett er sjukehusleiinga som bestemmer kva som skjer. Ein annan deltakar var uroa for at dei tilsette ikkje skjønnte at diskusjonane om funksjonsfordeling og organisasjonsmodell pågjeikk då, og at dei derfor mista sjansen til å kome med sine innspel.

#### **4.1.2 Tid**

I denne endringsprosessen var tid eit aspekt det var mange synspunkt om, både når det gjaldt kva som var passeleg framdriftsfart i prosjektet, og kva del av prosjektet ein diskuterte når. Ein deltakar som var med frå byrjinga av fase I, meinte opphaveleg at det var lagt opp til at dei skulle bruke i overkant god tid på å førebu og gjennomføre sjølve overføringa av Kongsvinger sjukehus. I løpet av førebuingsfasa skjønnte han likevel at den avsette tida kom godt med for å jobbe med dei overordna prinsippa for prosjektet, og at forankring av nettopp desse prinsippa var ein suksessfaktor. Dei fleste deltakarane hadde likevel ikkje særleg meining om framdriftsfart i fase I. Det kan henge saman med at fase I vart vurdert som ei strategisk fase, medan ein frå fase II av byrja å diskutere funksjonsfordeling og organisasjonsmodell. I omtale av fase II var framdriftsfart difor eit særst engasjerande tema. Ein deltakar med tilknytning til Kongsvinger sjukehus fortalte at dei i fase I hadde hatt stort fokus på å få ei vellukka overføring,

men at dei då trudde at dei skulle få ein "fredingsperiode" for å lande i Ahus-systemet før vidare diskusjonar tok til.

I følgje mandatet for fase II var det lagt opp til "realistisk, men ambisiøs framdriftsplan". Fleire meinte likevel at desse diskusjonane kom for tidleg til at ein kunne danne eit godt slutningsgrunnlag. Grunngevinga for dette var at sjukehusa ikkje hadde hatt høve til å bli kjend med kvarandre endå, og då heller ikkje kva styrker og svakheiter som låg i dei to sjukehusa. Somme deltakarar var òg uroa for det dei såg på som tette tidsfristar i fase II, og eit slikt tidspress kunne føre til konflikt og motstand mot den vidare endringsprosessen. Ein annan deltakar peika i staden på at ein midlertidigheit i organisasjonen over tid kunne vere uheldig og at slike prosessar av den grunn ikkje bør vere for langvarig.

### **4.1.3 Haldningar**

Basert på første runde med intervju, viser funna at organisasjonen si haldning til Kongsvinger-prosjektet på det tidspunktet var svært god, både på Kongsvinger og Nordbyhagen. Sjølv om Ahus i forkant av vedtaket stilte seg mot overføringa, var det likevel tydeleg at Ahus såg potensiale i endringa så snart vedtaket var klart. Dette potensiale låg i å nytte Kongsvinger sjukehus til å avlaste den sprengte kapasiteten ved Nordbyhagen, og at det slik vart ein vinn-vinn situasjon. Ein deltakar løfta fram at for Kongsvinger sin del medførte overføringa at det no er snakk om å byggje opp igjen aktivitet, etter ei årrekke med nedgang og budsjettkutt, noko som var svært gledeleg. Ein deltakar kunne fortelje om at førstesideoppslaget i lokalavisa på Kongsviner 1. februar 2019 var at "Vi kom oss ut i tide". I overgangen frå fase I til fase II, var deltakarane med kjennskap til Kongsvinger likevel litt tilbakehalden til vidare framgang i prosjektet, då diskusjonane om organisasjonsmodell og funksjonsfordeling gjorde dei tilsette ved Kongsvinger sjukehus spent på framtida. Denne haldninga kan henge saman med at mange der tykte at desse diskusjonane kom for tidleg, og at tidsfristane i fase II var for knapp. Ein av desse forklarte det slik:

*Vi er positiv endå, eg stiller berre spørsmålsteikn til om dei (Ahus) veit kva dei får. Vi er glad i oss sjølv, men vi må gjere dei glad i oss. At dei blir veldig glad for å få oss, det er det eg håpar, at dei skal sjå at vi er ein ressurs for dei. At vi saman blir ei løysing, ikkje Nordbyhagen med oss på slep, men at vi saman gjer det.*



Vidare presiserte vedkomande at det på Kongsvinger var ei haldning om å gå inn i Ahus HF og bevise kva dei kan og levere gode resultat. Dette synet vart delt av ein anna deltakar som meinte at dei ikkje ville vere "eit lite lokalsjukehus langt ut i skogen", men heller bli integrert i eit større system med godt fagleg samarbeid. Det vart altså ytra ein ambisjon frå Kongsvinger om å vise god kvalitet frå starten, men også eit ønskje om kvalitetsforbetring som følgje av samarbeid med eit stort fagmiljø. Deltakarane var samstemd i at overføringa kunne ha positiv verknad for kvaliteten på tenestene ved Kongsvinger sjukehus, men fleire meinte at overføringa ikkje ville ha nemneverdig effekt på kvaliteten ved Nordbyhagen. Kvalitetsauka ved Kongsvinger skulle kome av ei meir spesialisert funksjonsfordeling. Dette skulle kome av auka volum for spesifikke behandlingar og utvida opptaksområdet for akuttfunksjonar, samt auka fokus på fagutvikling. Målet var å få kvaliteten på eit slikt nivå at det harmoniserer med nivået Ahus forøvrig ligg på. Når det kjem til pasientar sin tilgang på helsetenester, meinte deltakarane at overføringa kunne ha ei tosidig verknad. På den eine sida frykta somme for at ventetidene kunne bli lenger for dei behandlingstypene som berre blir handtert på Nordbyhagen, då ein som følgje av overføringa fekk større pasientgrunnlag. For dei tenestene som òg blir tilbydd på Kongsvinger, kunne tilgangen derimot bli betre dersom ein lukkast med å nytte den tilgjengelege kapasiteten der. Dette med å finne løysingar som best utnytta kapasitet og kompetansen for Ahus HF som heilskap, var derfor noko som samlege deltakarar løfta fram som viktige moment for det vidare arbeidet med Kongsvinger-prosjektet.

Det vidare arbeidet, nemleg fase II, var allereie i gong då dei første intervjuar fant stad. Det var somme tema knytt til fase II som skapte spesielt engasjement blant deltakarane. Blant desse var naturleg nok diskusjonen om organisasjonsmodell. Deltakarane reflekterte rundt fordelar og ulemper rundt dei to hovudmodellane for organisering. Mange vektta viktigheita av å finne ein modell som ivareteke strategisk og fagleg leiing ved Kongsvinger, og somme var tvilsam til at divisjonsleiarane ville ha kapasitet til å utøve sitt leiaransvar for begge lokasjonar dersom fagdivisjonisering vart vedteke. Det at ein då ikkje ville ha ein leiarposisjon på Kongsvinger som hadde det overordna ansvaret for fag, personell og økonomi på Kongsvinger, uroa også. Det var derimot ingen som ytra tydeleg at dei vurderte ein av dei to modellane som totalt ueigna. Ein deltakar presiserte at så lenge det ligg ein grunntanke og ønskje i Ahus HF om å utvikle Kongsvinger sjukehus, kan ein lukkast med det uavhengig av kva organisasjonsmodell ein vel.

I den overordna debatten om organisasjonsmodell, var deltakarane inne på fleire element som val av modell kan ha verknad på. Til dømes vil fagdivisjonisering opne for at tilsette ved Ahus

HF kan ha delt arbeidsstad. Det vil sei at ein er tilsett i Ahus, men ikkje er kopla til berre eitt av sjukehusa. Det er då divisjonsleiinga sitt ansvar å få turnus til å gå opp, og ein kan flytte tilsette mellom lokasjonane dersom det er nødvendig. Fleire av deltakarane såg på innføring av ei slik ordning som sannsynleg, spesielt for framtidig tilsette. Ein deltakar meinte at dette var meir aktuelt enn nokon ville tru. Skepsisen til delt arbeidsstad var likevel stor, både basert på kva det kunne gjere med arbeidsmiljø og at ein som helsepersonell er avhengig av å vere godt kjend med system, rutinar og fysiske forhold for å gjere ein god og effektiv jobb. I tillegg kunne reisevegen medføre betydelege vanskar i kvardagen for mange. Fleire deltakarar viste til samtaler med kollegar om temaet, som antyda at delt arbeidsstad ville føre til sterk motstand blant mange tilsette. Ein deltakar sa at dersom delt arbeidsstad vart påkravd, ville vedkomande "sei takk og adjø". Det vart også løfta fram at delt arbeidsstad kunne gjere ein allereie utfordrande rekrutteringssituasjon endå verre. Deltakarane peika i staden for på alternativ som hospitering for erfaringsutveksling eller å avgrense det til roterande tenesteplanar for legar, helst basert på frivilligheit.

Utover diskusjonen om organisasjonsmodell, var funksjonsfordeling mellom sjukehusa eit viktig tema. Mange var spent på kva funksjonsfordeling ein ville ende opp med og presiserte kompleksiteten i arbeidet med fordelinga. I funksjonsfordelingsdebatten måtte ein ta omsyn både til kva som ville gje mest effektiv kapasitetsutnytting, sikre høg kvalitet, og skape eit fagmiljø på Kongsvinger som gjorde sjukehuset til ein attraktiv arbeidsplass for helsepersonell og behandlingsstad for pasientar. Av deltakarane sine innspel vart klart at det å endre ein pasientflyt ikkje berre handlar om å finne ut kva behandlingstypar ein skal ha kvar. Det er heller ikkje noko som endrast ved eit styrevedtak, men krev mykje arbeid over tid. På tidspunktet første intervju fant stad, var det allereie etablert samarbeidsavtaler mellom sjukehusa om å sende eit visst tal pasientar frå Nordbyhagen til Kongsving med mål om å betre kapasitetsutnyttinga. Ein av deltakarane fortalte at sjølv om det var velvilje rundt denne avlastningsavtala, var det vanskeleg å få gjennomført den i praksis. Det kunne vere korridorpatientar på Nordbyhagen, medan det var ledige senger til desse pasientane på Kongsvinger. Det er også ei rekkje eksterne faktorar som spelar inn, som til dømes kva sjukehus aktørane i primærhelsetenesta vel å henvise pasientane til.

Vi skal no gå over til å sjå nærare på korleis nettopp dei eksterne faktorar ikkje berre påverka pasientflyten, men Kongsvinger-prosjektet i heilskap.

## 4.2 Eksterne faktorar

### 4.2.1 Politikk og andre aktørar

Deltakarane var godt kjend med at overføringa av Kongsvinger sjukehus kom som følgje av eit politisk vedtak frå helseminister Høie, og at endringsprosessen såleis var framprovosert av ein politisk prosess. Men kva deltakarane meinte var bakgrunnen for utgreiingsprosessen, var meir sprikande. Ein deltakar viste til at utgreiinga var eit valkampløfte frå Høie i 2015, medan fleire andre løfta fram den langvarige politiske påverknadsprosessen gjort av aktørar i Kongsvinger-regionen. Engasjementet til lokalpolitikarane frå Kongsvinger vart omtalt av samtlege deltakarar som svært viktig for at overføringa vart satt på dagsorden og etter kvart vedteke. I følgje ein deltakar var argumentasjon til lokalpolitikarane bygd på at det for innbyggjarane i deira region var meir naturleg å reise inn mot Lørenskog, heller enn mot blant anna Hamar og Elverum, der Sjukehuset Innlandet HF har sine andre sjukehus. Lokalpolitikarane og brukarorganisasjonane såg òg stor verdi i å vere knytt til eit større universitetssjukehus. Ein deltakar kunne fortelje at lokalpolitikarane hadde jobba for denne overføringa i 20-30 år og hadde eit sterkt ønskje om å bli ein del av Ahus. Vedkomande viste òg til utgreiinga i forkant av vedtaket, som synte at Sjukehuset Innlandet HF ikkje ville gje frå seg sjukehuset, og Ahus ville ikkje ha det. Helse Sør-Aust si innstilling var at samla sett var risiko og kostnad ved overføring langt større enn dei potensielle vinstane som vart identifisert i utgreiinga. Altså var dei tre hovudaktørane i prosessen mot at overføringa skulle bli realitet. Til tross for dette, kan det sjå ut som det raskt breia seg ein aksept for vedtaket kort tid etter det vart fatta av helseminister Høie. Ein deltakar med tilknytning til Ahus formulerte det slik:

*Det er ikkje noko hemmelegheit at det primære ønskje til Ahus var å kunne jobbe med dei utfordringane vi har for vårt opptaksområde med heilt andre tiltak enn å få eit nytt lokalsjukehus og få eit nytt DPS. Men når det no vart bestemt, er det jo berre å brette opp ermene.*

Svar som bygde på ein slik lojalitet til den politiske slutninga var utbreidd blant deltakarane, og kom tydeleg fram i funna. Sjølv om få kunne seie at dei kjente til argumentasjonen som førte til vedtak om overføringa, var haldninga til deltakarane at dei berre fekk akseptere vedtaket, uavhengig av kva bakgrunnen for det var. Det einaste som vart løfta fram som konkret argumentasjon var lokalbefolkninga på Kongsvinger sitt ønskje om denne endringa, og Kongsvinger sjukehus sitt potensiale til å avlaste kapasitetssituasjonen ved Ahus.

Nødvendigheita av endringa var altså lite synleg for deltakarane, uavhengig av om dei tykte at overføringa var ein god idé eller ikkje.

Det var ikkje berre ved bakgrunnen for vedtaket at lokalpolitikane og kommunane i området var ein viktig ekstern aktør. I samband med endring i opptaksområde og funksjonsfordeling vart dei også peika på som sentrale av deltakarane i studia. Enkelte av deltakarane viste til at endring i pasientstraumar krev mykje informasjonsspreiing over lang tid til aktørane i primærhelsetenesta som henviser pasientar til vidare behandling i spesialisthelsetenesta, til dømes fastlegar og legevaktslegane. Ein deltakar meinte at forslaget om å endre lokalsjukehusstilhøyring for kommunane Eidsvoll og Ullensaker hadde godt potensiale til å betra kapasitetsutnyttinga samtidig som pasientane får helsetenester av høg kvalitet, men at det ville vere krevjande arbeid for å lukkast med det. Det innebar spesielt å overtyde befolkninga om at tilbodet på Kongsvinger sjukehus er like godt som tilbodet på Nordbyhagen. Det vart også peika på at ei rekkje praktiske forhold måtte liggje til rette før ein kan forvente at pasientar er villig til å få behandling ved eit anna sjukehus enn dei har vore vand med å gjere. Til dømes må infrastruktur og kollektivtilbod gjere det enkelt for pasientane og deira pårørande å reise frå heimstaden og til sjukehuset. På denne måten krev ein diskusjon om intern funksjonsfordeling at ein tek omsyn til ein breiare politisk debatt, som samferdsle.

Somme deltakarar drog òg andre koplingar mellom politiske slutningar og funksjonsfordeling. Heilt spesifikt peika dei på den delen av helseminister Høie sitt vedtak som sa at Kongsvinger sjukehus skulle behalde fødetilbodet då dei vart overført til Ahus HF, og at sjukehuset elles skulle overførast som det var. Fleire poengterte at desse delane av Høie sitt vedtak var innfridd, og lurte på kor lenge presisjonen om at Kongsvinger skulle ha eit fødetilbod var gjeldande. Ein deltakar såg det som sannsynleg at slike politiske slutningar også kunne påverke andre delar av funksjonsfordelingsdebatten og at politikarar dermed ville vere viktige aktørar i det vidare arbeidet med fase II. Vedkomande forklarte det slik:

*Når du tek det dømet som eg tek, er det framleis Bent Høie. Han har jo sagt at Ahus skal overta Kongsvinger og fødeavdelinga skal bestå. Så då er det sjakk matt. Sånne ting vil måtte kome opp, litt sånne større ting, ikkje kva pasientgruppe som skal hit og dit. Slutninga på det nivået der trur eg vil presse seg fram.*

## 4.2.2 Økonomi

I følge deltakarar med god kjennskap til dei økonomiske aspekta knytt til føretaksoverføringa av Kongsvinger sjukehus, fekk ikkje Ahus tildelt nemneverdige midlar for å handtere prosjektet, men Helse Sør-Aust bidrog med å dekkje direkte kostnader knytt til IKT og liknande. For avdelingane og tilsette måtte endringar derfor handterast innan budsjettrammene som allereie var gjevne for perioden. Ein av deltakarane forklarte at det heller var Sjukehuset Innlandet HF som fekk ekstra økonomiske tilskot då dei mista Kongsvinger sjukehus. Befolkningsgrunnlaget i eit helseføretak sitt opptaksområde er ein viktig faktor i inntektsgrunnlaget til helseføretaket, og når ein får lågare befolkningsgrunnlag vil det også medføre eit inntektstap. Det er som regel ikkje særleg rom for innsparing som tilsvarende inntektstapet, då helseføretaket er ansvarleg for å tilby same portefølje av behandlingstypar til befolkninga, uavhengig av om det er snakk om 350.000 eller 400.000 innbyggjarar. For Ahus HF sin del ville det auka befolkningsgrunnlaget gje betra økonomi, utan at det er nødvendig å ruste opp så veldig mykje, i følge denne deltakaren. Det er difor vanleg å gje omstillingsmidlar til det føretaket som gjev frå seg delar av sitt pasientgrunnlag, framfor å gje midlar til føretaket som har fått utvida opptaksområde.

Sjølv om Ahus HF ikkje fekk nemneverdig med ekstra bevillingar i samband med prosjektet, vart altså direkte kostnader knytt til blant anna IKT dekkja av Helse Sør-Aust. Utover desse kostnadane, som gjerne vart fakturert av mellom anna Sjukehuspartner, var det i juni 2019 ikkje laga noko oversikt over kostnadsbilete ved prosjektet. I følge deltakarane med kjennskap til økonomi, var det ikkje laga noko fullstendig budsjett i forkant av prosjektet og det hadde ikkje blitt etterspurt noko form for kostnadsoversikt i på det tidspunktet i prosessen. Dette vart forklart av at overføringa var ei politisk slutning der økonomisk vinst ikkje var ei målsetting, og politisk hald såg det derfor ikkje som naudsynt eller ønskjeleg å få kartlagd kostnadane knytt til prosjektet. I tillegg var majoriteten av ressursbruken i dette prosjektet ikkje knytt til direkte kostnader, men heller til tida dei tilsette i organisasjonane via til prosjektet. Brukt arbeidstid er langt vanskelegare å kartleggje i ettertid, og ein slik rapport vil ikkje lenger nødvendigvis gje eit rettmessig bilete av kva kostnader Kongsvinger-overføringa har medført.

Det var ikkje berre dei overordna prosjektkostnadane som var eit relevant tema når det kom til økonomiske aspekt ved overføringa. I løpet av intervjuet var det fleire som retta fokus mot eit betydeleg vedlikehaldsetterslep ved Kongsvinger sjukehus, knytt til både bygg- og utstyrsparke. Dette etterslepet vart av somme sett på som ei av dei store økonomiske utfordringane Ahus HF

måtte handtere ved å ta over sjukehuset. Fleire meinte at ein allereie då dei første intervju fant stad kunne sjå at Ahus var medviten om sitt ansvar og la realistiske planar for å minske etterslepet, sjølv om det var eit felles forståing for at dette kom til å ta tid. Vedlikehaldsarbeidet ved Kongsvinger skulle vidare inngå i det ordinære investeringsbudsjettet Ahus HF opererte med. Også øvrig drift ved Kongsvinger sjukehus vart med overføringa ein del av Ahus sin totaløkonomi, med eige driftsbudsjett for divisjon Kongsvinger, på lik linje med dei andre divisjonane i føretaket. Då intervju fant stad, hadde divisjon Kongsvinger eit budsjett som baserte seg på eit aktivitetsnivå som inkluderte at eit visst tal pasientar skulle overførast frå Nordbyhagen til Kongsvinger, jamfør den tidlegare nemnde samarbeidsavtala mellom lokasjonane. Ein deltakar var allereie på dette tidspunktet uroa over at Kongsvinger ikkje ville klare å nå aktivitetsmåla dei hadde budsjettert med for 2019. Det var fordi desse samarbeidsavtalene viste seg vanskeleg å drifte på, og dei fleire gonga ikkje hadde fått den pasientmengda som avtala la opp til. Samarbeidsavtaler som ikkje fungerte som tiltenkt kunne altså ha direkte effekt på divisjonen si evne til å innfri budsjettmål, og var derfor ikkje ei optimal løysing over tid.

### **4.3 Overføringshelga**

Sjølve overføringshelga vart sett på som eit kritisk punkt i implementeringa og det var mykje spenning knytt til denne helga. Då deltakarane vart spurt om korleis overføringshelga hadde gått, vart formuleringar som "knirkefritt" og "heilt på skinner" nytta. I følge ein deltakar var det å vere på jobb på Kongsvinger nesten som å vere på leirskule, der mange var til stades gjennom heile helga, kantina var døgnopen og dei tilsette kjente seg godt ivareteke. Den vellukka overføringshelga vart grunngeven av god detaljplanlegging, at nøkkelpersonell og slutningstakarar var svært tilgjengeleg, og tilstrekkeleg opplæring av dei som var på jobb. Til dømes var tilsette frå Nordbyhagen til stades på Kongsvinger som Ahus-vertar, der dei gjekk rundt på avdelingane og sikra at alle fekk logga seg på Ahus sine system. Vidare vart eit godt samarbeid med kommunane i opptaksområdet framheva. Kommunane bidrog både med å ta i mot pasientar frå Kongsvinger sjukehus i forkant av helga og på legevaktene var det eit særskild fokus på å halde nivået av sjukehusinnleggingar så lågt som mogleg. Med andre ord var overføringshelga eit punkt i prosjektet der ei rekkje interne og eksterne brikker falt på plass, og ga ei slags stadfesting på at første del av føretaksoverføringa i all hovudsak hadde fungert godt.

## 4.4 Andre intervjurunde

Desse funna er basert på eitt intervju i desember 2019 og tre andregongsintervju i februar 2020. På dette tidspunktet hadde fase II avslutta med eit vedtak om å gå over til fagdivisjonisering som organisasjonsmodell og arbeidet med funksjonsfordeling vart vidareført til fase III av overføringsprosjektet. Arbeidet med fase III, som i skrivande stund framleis går føre seg, omfattar også ei detaljutgreiing om korleis implementere ei ordning med fagdivisjoniseringa. I desse fire intervju reflekterte deltakarane rundt gjennomføringa av fase II og løfte fram nye tankar og vurderinga knytt til Kongsvinger-prosjektet. Deltakarane representerte tillitsvalte og partar som var tett på slutningstakinga, med tilknytning både til Nordbyhagen og Kongsvinger. Eg vil presentere resultata med same struktur som for den første intervjurunda, og byrjar då med funn relatert til interne faktorar, før vi ser på dei meir eksterne faktorane.

### 4.4.1 Informasjon og involvering

Deltakarane hadde gode tilbakemeldingar for gjennomføringa av fase II av overføringsprosjektet. Spesielt den breie involveringa av tilsette vart honorert, med fag-til-fag møter og workshop. Det gjorde at tilsette på Nordbyhagen og Kongsvinger vart kjend med kvarandre og skapte betre forståing for verksemda på dei to lokasjonane, noko som bidrog til å skape god dialog på tvers av sjukehusa. Deltakarane var unison i trua på at dei tilsette følte seg godt informert om arbeidet som gjekk føre seg og kjende at dei hadde rom til å påverke prosessen. Ein deltakar la til at det alltid vil vere somme som ikkje kjenner seg informert, men at overføringsprosjektet var ein raud tråd gjennom heile 2019 på allmøte, utvida leiarmøte, i leiargrupper og via e-post og liknande. Det vekte likevel oppsikt då sjukehusleiinga ved Ahus HF valte å gå mot prosjektgruppa si innstilling om organisasjonsmodell og vedtok ein fagdivisjonisert modell. Ein deltakar hadde inntrykk av at mange tilsette følte at dei hadde blitt sett og høyrte i prosjektgruppa si anbefaling, men reagerte då sjukehusleiinga gjekk vekk frå denne. Dette skapte mykje uro og støy på Kongsvinger i tida etter vedtaket vart fatta, i følgje vedkomande. Ein annan deltakar formulerte det slik:

*Det er jo litt spesielt. Prosjektet anbefalte modell 1 og høyringsuttalelsane har veldig stor overvekt av modell 1, men slutninga vart modell 2. Så ein kan sei at Ahus har tatt ein "Høie", paradoksalt nok.*

Vedkomande viste då til vedtaket som ligg til grunn for overføringa, fatta av helseminister Høie i 2017, der både Helse Sør-Aust og dei to aktuelle helseføretaka var i mot overføringa, men helseministeren valte likevel at overføringa skulle gjennomførast. Fleire lurte på kvifor omfattande prosjekt- og kartleggingsarbeid vart igangsett dersom dei som sat på slutningsmyndigheita allereie hadde bestemt kva dei ville gå for. Ein deltakar forklarte at det reint formelt er administrerande direktør i helseføretaket som fattar eit slikt vedtak, men at det vert gjort i eit leiarmøte eller styringsgruppemøte. Styringsgruppa i denne samanheng består av leiargruppa samt tillitsvaltrepresentantar. Vedkomande hadde ikkje inntrykk av at styringsgruppa hadde bestemt seg på førehand, men at leiargruppa vekta omsyna til dei to organisasjonsmodellane annleis enn kva prosjektgruppa hadde gjort. Begge modellane hadde svakheiter som ein måtte kompensere for, og i følgje denne deltakaren var sjukehusleiinga oppteken av å sikre likeverdig fagleg behandling i føretaket, noko som best let seg gjere fagdivisjonisering. Interne utfordringar som kom som følgje av denne modellen, fekk dei heller løyse på anna måte. Denne deltakaren meiner at ein, sett i retrospekt, truleg kunne organisert fase II på ein annan måte for å unngått å hamne i ein situasjon der sjukehusleiinga gjekk direkte i mot prosjektgruppa si innstilling. Til dømes kunne styringsgruppa sendt fleire uformelle signal til prosjektgruppa tidleg i prosessen om kva retning sjukehusleiinga ønskja å gå, eventuelt kunne styringsgruppa og prosjektgruppa møttest og diskutert organisasjonsmodell før prosjektgruppa skulle kome med si innstilling. Dersom dette hadde blitt gjort, kunne ein unngått uroa som oppsto på Kongsvinger i etterkant av vedtaket. Ein deltakar med tilknytning til Kongsvinger merka denne uroa godt og fortalte om dilemmaet over å vere lojal til slutninga fatta i sjukehusleiinga, og samtidig sjølv reagere på at leiinga gjekk mot prosjektgruppa si innstilling. Vedkomande måtte forsøke å roe tilsette som reagerte på slutninga og forklare at slutninga vart fatta for Kongsvinger sitt eige beste, medviten om at somme frykta at fagdivisjonisering kunne medføre lågare aktivitet ved Kongsvinger sjukehus og i yteste konsekvens ei nedlegging på sikt. Å fremje lojalitet til slutning om organisasjonsmodell kunne i desse høva altså vere krevjande.

Deltakaren som tala for at dialogen mellom styringsgruppa og prosjektgruppa kunne vore betre, meinte også at prosjektperioden vart meir hektisk enn naudsynt av at ein hadde parallelle diskusjonar om organisasjonsmodell og funksjonsfordeling, i tillegg til å følgje opp pasientbehandling etter overføringa. Dette kunne med fordel blitt organisert på ein annan måte. Til tross for dei gode tilbakemeldingane om gjennomføringa av fase II, var det altså i følgje deltakarane somme ting som kunne blitt gjort annleis, og ein annan deltakar løfta fram



kvaliteten på prosjektstyringa som forbetringpunkt og meinte at sluttrapporten prosjektgruppa forfatta ikkje hadde nødvendig kvalitet. Vedkomande gjekk derimot ikkje inn på om styringa og rapporten hadde noko verknad på utfallet av fase II. Ein tredje deltakar hadde ikkje noko å utsetje på arbeidet i fase II i seg sjølv, men var heller kritisk til mengda endringsprosjekt og omstillingsarbeid som til ei kvar tid gjekk føre seg. Vedkomande reflekterte også rundt i kva grad det nokon hadde eit overblikk over alle pågåande og planlande prosjekt, og kva verknad prosjekta kan ha på kvarandre. Til dømes kan diskusjonen om funksjonsfordeling ha store berøringsflater med andre mindre forbetringsprosjekt rundt om i føretaket. Det var også eit for stor vekt på rask økonomisk vinst som medførte at mange prosjekt vart skrinlagd før ein hadde sjans til å sjå verknaden av dei, i følgje denne deltakaren. Evaluering av prosjekt var det ikkje særleg fokus på, sjølv om prosjektmengda er så stor. Denne deltakaren var ikkje kjend med om det var planlagd noko evaluering av Kongsvinger-prosjektet. Dei andre deltakarane kunne stadfeste at det ikkje var planlagd eller påbyrja noko evaluering av prosjektet. Ein forklarte dette med at prosjektet endå ikkje er avslutta og at det var naturleg å gjennomføre ei evaluering nokre år fram i tid, sjølv om det ikkje er etterspurt slik evaluering frå Helse Sør-Aust eller politisk hald. Det vil då vere særleg interessant å vurdere om intensjonane ved å overføre Kongsvinger sjukehus har blitt realisert eller ikkje, i følgje denne deltakaren.

#### **4.4.2 Tid**

Som i første intervjurunde, var tid noko som engasjerte fleire av deltakarane. Eit aspektet var om diskusjon om organisasjonsmodell og funksjonsfordeling kom på riktig tidspunkt. Ein deltakar meinte at det var riktig å tidleg sjå på korleis ein kunne flytte aktivitet frå Nordbyhagen til Kongsvinger, deriblant endring i lokalsjukehusstilhøyring for kommunane Eidsvoll og Ullensaker. Det var spesielt viktig å byrja med dette tidleg då ein såg at samarbeidsavtalene mellom sjukehusa som vart vist til i første intervjurunde, ikkje umiddelbart ga tiltenkt aktivitetsauke på Kongsvinger, men at dette var noko som kunne ta tid. Vedkomande var meir skeptisk til at diskusjon om organisasjonsmodell skulle kome så kort tid etter overføringa. Deltakaren fortalte at fleire var open for ei fagdivisjonalisering på sikt, men at ein burde latt Kongsvinger stå som eigen divisjon i ein periode. Dette for å tilpasse drift og skape tettare band mellom tilsette på tvers av lokasjonane. Då ein likevel løfta organisasjonsmodell som tema allereie i starten av fase II, meinte vedkomande at det var viktig å få avklaring fort for å unngå ein midlertidighet i organisasjonen.

Det andre aspektet knytt til tid, var kor mykje tid ein la opp til å bruke på fase II og korleis tidsfristar vart lagd opp. Mandatet til fase II la som kjent opp til ein "ambisiøs, men realistisk" framdriftsplan. Ein deltakar uttalte at det generelt for alle prosjekt var lagt opp for dårleg tid og at det vart opplevd som slutningar helst skulle vore fatta før ein har rukke å diskutere dei. Også ein annan deltakar var samd i at fristane kom for tett, spesielt for tilsette som ikkje satt i leiarstillingar og derfor ikkje fekk informasjon like raskt. På den andre sida uttalte ein tredje deltakar at uansett korleis ein planlegg og gjennomfører ein slik endringsprosess, vil det vere somme som meiner at det går for fort eller for seint. Ein får aldri ein prosess som alle er nøgd med. Vedkomande la til ei oppfatning av at sjølv om tidsfristane kunne opplevast som tette, var ikkje ting gjort raskare enn at ein har sikra ein ordentleg prosess. I følge innsamla data ser det likevel ut som fleire av deltakarane, både i første og andre runde med intervju, helst hadde sett at heile diskusjonen om organisasjonsmodell vart utsatt til eit seinare tidspunkt.

#### 4.4.3 Haldningar

I første runde med intervju var det ei tydeleg positiv haldning i organisasjonen til overføringsprosjektet. I følge deltakarane var dette vedvarande også etter fase II var avslutta. Det vart beskrive at Ahus HF såg på utvikling av Kongsvinger sjukehus som deira ansvar og oppgåve, og dei hadde inntrykk av at dei tilsette på Kongsvinger framleis var glad for å ha blitt ein del av Ahus og kjente seg godt ivareteke i organisasjonen. Tillitsvaltrepresentanten fortalte at dei tilsette på Kongsvinger hadde fått betre rettigheter med lønn og bemanningsnormer etter å ha blitt innlemma i Ahus, og fokuset på fagutvikling og prosedyrar var auka, noko som fall i god jord blant dei tilsette. Representanten presiserte at det likevel er ein jobb å gjere og formulerte det slik:

*Det å byggje gode fagmiljø er ikkje gjort på ein dag, ikkje sant. Du kan rasere eit fagmiljø på ein dag. Men å byggje opp eit fagmiljø tek mange år. Det å bli god tek tid og det å byggje fagmiljø tek tid. Og det krev at ein er systematisk i korleis leiinga jobbar med fag.*

Det vart altså drege ei tydeleg kopling til kvalitet på helsetenestene. Her meinte ein annan deltakar at det truleg var litt tidleg å vurdere om føretaksoverføring har hatt ei markant verknad på kvaliteten på tenestene. Vedkomande meinte likevel at dei tilsette på Kongsvinger no var litt meir fokusert, då dei no vart sett meir i korta og fylgd opp av fagpersonell på Nordbyhagen, medan dei tidlegare hadde vore meir autonom i slutningar om pasientbehandling. Vedkomande

løfta òg fram at det var ein lågare terskel for å diskutere pasientbehandling med eit høgare fagnivå i Ahus enn kva dei opplevde i Sjukehuset Innlandet. Slik sett var Kongsvinger no blitt ein del av ei fagleg fellesskapskjensle med eit større miljø. Sjølv om det ikkje var formalisert noko felles undervisning eller treffpunkt på tvers av lokasjonane, var det i hovudsak var ei kjensle av tryggleik av å ha nokon ein enkelt kan rådføre seg med.

Eit anna element det var knytt stor usikkerheit til i første intervjurunde, var dette med delt arbeidsstad. Deltakarane vurderte det framleis som mogleg at ei slik ordning kunne bli innført, men det var ikkje satt i system eller diskutert nærare foreløpig. Delinga kunne vere meir aktuelt for somme faggrupper enn andre, og kunne nyttast til å dekkje opp bemanningsbehov og drive erfaringsutveksling. Ein deltakar meinte at delt arbeidsstad kan bli lettare å innføre når dei no går over til ein fagdivisjonisert organisasjonsmodell, og divisjonsleiinga kan få mykje meir styringsrett til å allokere tilsette på tvers av lokasjonar. Kor lurt det var å leggje opp til delt arbeidsstad var likevel fleire av deltakarane usikker på, både av omsyn til arbeidsmiljø og viktigheita av å vere godt kjend med spesialiserte prosedyrar og rutinar. Rom for delt arbeidsstad vart også peika på som eit verkemiddel for å gjere det enklare å rekruttere helsepersonell til å ha sin hovudarbeidsstad ved Kongsvinger sjukehus, dersom det var høve til å iblant jobbe på universitetssjukehuset på Nordbyhagen. Ein deltakar kunne gladeleg fortelje at det allereie opplevast som mykje lettare å rekruttere legar til Kongsvinger sjukehus, no når dei var trygg på at dei var ein del av eit stort fagmiljø, til tross for at dei jobba på eit relativt lite lokalsjukehus. I første intervjurunde vart derimot delt arbeidsstad av somme sett på som eit mogleg hinder for rekrutteringa.

Overgangen til ein fagdivisjonisert modell har ikkje berre verknad på potensielt delt arbeidsstad og rekruttering. Korleis implementere denne nye organisasjonsmodellen var i høgste grad eit tema av stor betydning. Sjølv om denne diskusjonen høyrer til fase III av overføringsprosjektet, var det noko deltakarane hadde mange tankar om. Eit aspekt som verkeleg engasjerte deltakarane var knytt til oppretting av ei ny stilling som driftskoordinator for Kongsvinger sjukehus. Det er allereie fastslått at denne stillinga skal sørge for god koordinering av samlege tenester på Kongsvinger, men det vil ikkje vere ei stilling med leiarmyndigheit. Dei fire deltakarane var spent på korleis denne funksjonen vil bli, kva slutningsmyndigheit vedkomande vil få og kven koordinatoren skal rapportere til. Sidan driftskoordinatoren ikkje skal ha leiarmyndigheit, må ein i fase III også ta stilling til kvar leiaransvaret faktisk skal liggje for å ivareta stadeleg leing på Kongsvinger. I følgje

deltakarane vil det vere nivå 3 eller 4 som reknast som stadleg leiar, alt etter storleiken av klinikken eller avdelinga. Ein deltakar såg føre seg at mykje av denne nye rolla ville handle om å skape møteplassar der dei daglege utfordringane blir avklart og diskutert, sjølv om det ikkje vil vere rom for å skjære gjennom når usemje oppstår og fatte slutningar. Andre deltakarar kunne derimot ikkje skjønne korleis ein kan utøve ein slik koordinatorfunksjon utan å ha noko leiarmandat. Det vart også peika på at oppretting av nye funksjonar og stillingar for å imøtekome krav til stadleg leing og sikre intern koordinering, vil kunne ha økonomiske konsekvensar for føretaket, noko som blir viktig å kartlegge i det vidare arbeidet med fase III.

#### **4.4.4 Politikk og andre aktørar**

Ønskje om å endre pasientstraumar medførte at det i fase II var eit meir utstrakt samarbeid med blant anna ei rekkje kommunar. Det var spesielt fokus på å endre lokalsjukehusstilhøyring for Eidsvoll og Ullensaker, noko som skapte reaksjonar frå dei to kommunane. Ein deltakar som var tett på denne delprosessen fortalte at dei i ettertid innsåg at dei hadde formulert seg på ein uklar måte i høyringsnotatet som vart sendt ut til kommunane, og mistenkte at det kunne vere årsaken til dei sterke reaksjonane frå kommunane. Spesifikt vart det vist til at formuleringa "endre opptaksområde for lokalsjukehusfunksjonar" ikkje var klart nok, då mange ikkje er kjend med kva som ligg i omgrepet lokalsjukehusfunksjon. Sjølv om Kongsvinger sjukehus no ville bli deira lokalsjukehus, var det likevel slik at desse innbyggjarane framleis vil få gjennomført dei meir spesialiserte behandlingstypene hjå sjukehuset på Nordbyhagen. Dersom denne presiseringa hadde kome tydeleg fram, meinte vedkomande at det kanskje ikkje hadde kome noko motstand i det heile teke. Eit anna element som i følgje deltakaren kan ha forsterka dei to kommunane si misnøye med endringa, var det faktum at endringa vart kjend samtidig som lokalpolitikarane dreiv valkamp for lokalvalet i 2019, og somme stadar vart tap av Nordbyhagen som lokalsjukehus ei sak i denne valkampen. Basert på funna, kan det sjå ut som misnøya mot endringar i pasientstraumar berre fant stad på ein politisk nivå. Deltakarane kunne rapportere om svært godt samarbeid med helsepersonell i både Ullensaker og Eidsvoll, samt andre involverte kommunar. Sjølve endringa av lokalsjukehusstilhøyring for Eidsvoll og Ullensaker hadde verknad frå 2. mars 2020, og det vart i forkant av dette gjennomført ein informasjonsturné til kommunar og fastlegar for å drive aktivt informasjonsarbeid og fortelje om endringa. Informasjonsturneen omfatta ikkje berre dei to aktuelle kommunane, men også kommunane

som allereie nytta Kongsvinger som sitt lokalsjukehus for å forsikre at tilbodet deira ville vere uendra.

Samarbeidet med kommunar ser ut til å ha fungert godt i fase II. Det var derimot ein ny ekstern faktor som gjorde seg gjeldande undervegs i denne fasa, nemleg moglegheita for å nytte LHL-sjukehuset på Jessheim i Ullensaker kommune til å avlaste kapasitetssituasjonen på Nordbyhagen. Det byrja med at Ahus i desember 2019 informerte om at dei var i dialog med LHL for å sjå på høva til å leige lokale i deira sjukehus på Jessheim. Vurdering av om eit slikt samarbeid er aktuelt blir gjort denne våren, og går då føre seg parallelt med arbeidet i fase III. I følgje ein av deltakarane vil ikkje vurderinga om LHL ha noko påverknad på Kongsvinger-prosjektet og forklarar det med at ei endringa av lokalsjukehusstil høyring for Eidsvoll og Ullensaker truleg medfører ei aktivitetsauke som fyller heile den tilgjengelege kapasiteten på Kongsvinger, og det vil derfor ikkje vere rom til å flytte anna verksemd frå Nordbyhagen. Sjølv om den allereie vedtekne endringa i pasientstraumar syner å vere ein suksess, vil det framleis vere behov for å frigje plass Nordbyhagen til å drive meir avansert behandling. Det vil då stå mellom å nytte LHL-sjukehuset eller gjere andre formar for ombygging på Nordbyhagen. At Ahus vil ha bruk for meir kapasitet enn kva Kongsvinger har tilgjengeleg, blir støtta av ein av dei andre deltakarane som i tillegg meiner at Ahus heng etter på kapasitetsplanlegging, sett opp mot Statistisk sentralbyrå sine prognoser for befolkningsvekst i opptaksområdet. Vedkomande la også til at det vil vere ei skam i eit samfunnsøkonomisk perspektiv å ikkje nytte den tilgjengelege kapasiteten ved LHL-sjukehuset, med tanke på at det er eit nytt sjukehus med moderne utstyr og operasjonssalar som no står tomt. For at det i det heile teke skal vere aktuelt at Ahus leiger delar av LHL-sjukehuset, er det ei føresetnad frå Helse Sør-Aust at Ahus nyttar all tilgjengeleg kapasitet på Kongsvinger. Dette er likevel ikkje nok til å overtyde alle deltakarane om at samtalene med LHL ikkje vil ha verknad for Kongsvinger, der somme er uroa for at ei avtale med LHL vil føre til at Ahus på sikt ikkje ser behovet i å drifte Kongsvinger sjukehus.

Nøyaktig kva som kjem til å vere røynda ved Ahus HF på sikt, synast ikkje deltakarane var enkelt å sei noko om, og deira refleksjonar ser ut til å ha samband med kva rolle dei har i organisasjonen. Tillitsvaltrepresentanten frykta at føretaket i tida framover framleis vil møte utfordringar knytt til for låg kapasitet og grunnbemanning til å levere ønskja kvalitet på helsetenester, og hadde eit håp om at desse problemstillingane vil få sitt fortente fokus på eit tidspunkt. Deltakarane med tilknytning til Kongsvinger løfta igjen fram usikkerheita om kor

lenge helseminister Høie sitt vedtak om fødeavdeling og akutfunksjonar på Kongsvinger står ved lag, og håpa at ein i åra som kjem ser vekst og utvikling ved sjukehuset. Personen på eit høgare leiarnivå i organisasjonen, var optimistisk i si framtidstru og håpa å sjå Kongsvinger som eit sunt og godt lokalsjukehus, der ein har god rekruttering og alt som trengs av kompetent fagpersonell.

## 5 Diskusjon

Før vi tek til med diskusjonen, vil eg gje ei kort oppsummering av resultat i studia. Vidare vil eg diskutere nokre sentrale funn og sjå dei opp mot teorien som tidlegare er presentert. Eg vil òg undersøkje om det var nokon tydelege funn som belyser aspekt som ikkje vart omtalt i teorien eg har valt å nytte. Deretter føl ei metodologisk drøfting, før eg avslutningsvis vil presentere min konklusjon.

Formålet med studia er å undersøkje kva mekanismar som har hatt verknad på endringsprosessen som har gått føre seg i Kongsvinger-prosjektet. Resultata viser at mange faktorar gjer seg gjeldande i ein så omfattande endringsprosess. Politikk var ein tydeleg medverkande faktor for bakgrunnen for overføringa og ein lojalitet til den politiske slutninga kom tydeleg fram. Av interne faktorar viser studia at kva rolle ein har i organisasjonen har mykje å seie for i kva grad ein kjenner seg involvert i endringsarbeidet, og informert om kva som føregår. Også kva behov ein har for informasjon er påverka av rolle i organisasjonen, og i dette høvet spesielt knytt til om ein har tilhøyring til sjukehuset på Kongsvinger eller Nordbyhagen. Dei tilsette ved Kongsvinger vart mest råka av endringa, og hadde då eit større behov for detaljert informasjon og opplæring. Sjølv om somme gjerne ville hatt meir informasjon, var det synleg at prosjektgruppene gjorde eit oppriktig forsøk på å informere alle så godt som mogleg.

Eit aspekt det var knytt grunnleggjande usemje til, var kva som var riktig tidspunkt for å ta fatt i dei ulike delprosjekta, der somme til dømes meinte at diskusjon om organisasjonsmodell kom for tidleg. Usemje til tross, var deltakarane i stor grad nøgd med korleis arbeidet med delprosjektet vart gjennomført. Arbeidet med organisasjonsmodell, og den nye rolla som driftskoordinator ved Kongsvinger sjukehus var av stor interesse blant deltakarane, noko som vitnar om eit framleis sterkt engasjement til Kongsvinger-prosjektet og motivasjon til å halde fram innsatsen i fase III.

## 5.1 Samsvar mellom teori og funn

### 5.1.1 Endringsleiing

For å strukturere denne diskusjonen, vil eg først sjå funna i studia opp mot Kotter sine åtte steg for endringsleiing, samt aspekt frå dei andre teoretikarane. Deretter vil eg løfte fram andre mekanismar som har gjort seg gjeldande, som ikkje kan knytast direkte til Kotter sin modell.

#### Trinn 1: skape behov for endring

I følge Kotter er det essensielt at medlemmane i organisasjonen meiner at det er eit behov for endring, då denne kjensla av nødvendighet er avgjerande for at medlemmane skal vere villig til å leggje inn innsatsen som trengs for at endringa skal bli gjennomført (Kotter, 2012). Dette fokuset får medhald av Shirey i artikkelen om endring i eit tidsskrift for sjukepleiarar, der ho fant at manglande kjensle av endringsbehov er ein viktig årsak til at mange endringsinitiativ ikkje lukkast (Shirey, 2011). Også Wiener sin implementeringsteori går inn på dette feltet, og forklarar korleis ein organisasjon kan vere førebudd på endringsarbeid, altså endringsførebuddheita i verksemda (Wiener, 2009). I samband med Kongsvinger-prosjektet, er det tydeleg at det på Kongsvinger var ei sterk kjensle av nødvendighet for endring i lang tid før føretaksoverføringa vart vedteke. Denne kjensla kunne ikkje berre identifiserast internt i organisasjonen, men òg blant eksterne partar som lokalpolitikarar og befolkninga i området. Endringsbehovet var framprovosert over ei sterk uro for korleis framtida til sjukehuset såg ut, dersom ikkje endringa fant stad. Kongsvinger sjukehus sitt behovet for endring var spesielt tydeleg i forkant av vedtaket frå helseminister Høie, men var i følge mine funn til stades gjennom heile prosessen.

Den sterke kjensla av nødvendighet for endring kunne likevel ikkje identifiserast blant alle aktørane i overføringa. Det kjem spesielt godt til syne av det faktum at Ahus HF, Sjukehuset Innlandet HF og Helse Sør-Aust helst såg at endringa ikkje vart gjennomførast på dåverande tidspunkt. Også i funna frå intervjuva var det tydeleg at endringsbehovet ikkje var like framtrødande blant deltakarane med tilknytning til Ahus. Dei anerkjende Kongsvinger sjukehus sitt ønske om å endre føretakstilhøyring, men formidla ikkje ei eiga kjensle av behov for endring. Det kan verke som det manglande kjensla av endringsbehov blant desse delane av organisasjonen vart kompensert av ein tydeleg lojalitet til slutningar fatta på høgare nivå. Ved å sjå til Wiener sin implementeringsteori, finn vi ei alternativ forklaring. Den bygg på at tilsette



kan kjenne seg forplikta til å delta i endringsarbeid, også omtalt som endringsforplikting (Wiener, 2009, s. 1).

Kotter åtvare mot høver der berre enkeltpersonar eller prosjektleiargruppa kjenner på eit sterkt endringsbehov, då dette gjev ein risiko for likegyldigheit til prosjektet eller direkte motstand. Funna i studien syner derimot at også dei i organisasjonen som ikkje kjente på eit endringsbehov, gjorde eit plikttoppfyllande arbeid for å lukkast med overføringa. Det har ikkje meldt seg noko synleg intern motstand mot endringa i delane av Kongsvinger-prosjektet som er omfatta av denne studia. Det tala for at ei slags kjensle av endringsbehov på gruppenivå kan vere tilstrekkeleg til å gjennomføre sjølv omfattande endringsprosessar, så lenge ein ikkje møter aktiv motstand. Også dette samsvarar med Wiener sin implementeringsteori, der han stadfestar at endringsførebuddheit kan kome på gruppenivå (Wiener, 2009, s. 2).

Kjensla av nødvendigheit for endring var tilstadeverande på Kongsvinger over lang tid, og var basert på ei uro for framtida til sjukehuset. Noko Kotter ikkje går inn på i sin teori, men som likevel er verdt å spørje, er om denne kjensla av behov for endring kan vere gjenstand for slitasje dersom den held ved over ei årrekke. Som vi såg i funna, kunne ein deltakar fortelje at lokalpolitikarane på Kongsvinger hadde arbeidd for føretaksoverføring i 20-30 år, og i det kronologiske hendingsløpet kom det fram at det i byrjinga av 2010-talet vaks fram eit enormt engasjement for å ivareta sjukehuset, då stadige budsjettkutt underbygde uroa for sjukehuset si framtid. Også etter at overføringa fant stad, var det blant deltakarane med tilknytning til Kongsvinger tidvis ein ibuande spenning for sjukehuset si framtid. Dette vart både sett i samband med diskusjonen om organisasjonsmodell, funksjonsfordeling og Ahus sitt moglege samarbeid med LHL-sjukehuset. Resultata i denne studia gjev ikkje grunnlag for å seie noko handfast om kva verknad langvarig endringsbehov har, men dette er noko som kan vere interessant å sjå vidare på i eit breiare endringsteoretisk perspektiv, med organisasjonar frå fleire sektorar. Det kan til dømes tenkjast at eit kontinuerleg endringsbehov påverkar haldningar og kultur i organisasjonane, eller har ei utmattande effekt på den som over tid kjempar for den ønskja endringa.

## **Trinn 2: byggje koalisjon**

Kotter framheva viktigheita av at gruppa som er ansvarleg for å gjennomføre endringa er sett saman på ein slik måte at den innehar nødvendig makt, ekspertise, truverd og styring- og leiingskapasitet (2012). I Pollack og Pollack si studie av ein endringsprosess i den australske finansbransjen, fastslo dei at det kan vere nyttig å danne fleire styringsgrupper for ulike delar

av prosjektet (Pollack & Pollack, 2015). Dette samsvarar med det som har blitt gjort i Kongsvinger-prosjektet. Frå Ahus si side, har prosjektet til no blitt delt inn i tre ulike fasar, med eiga prosjektgruppe for kvar fase, og med fleire delprosjekt som også hadde egne ansvarspersonar. I tillegg hadde Helse Sør-Aust sitt regionale prosjekt i forkant av sjøve overføringa, med sine ansvarsstrukturar for den delen av arbeidet. I ein så kompleks endringsprosess som føretaksoverføringa har vist seg å vere, var det truleg naudsynt å ikkje berre ha ein koalisjon, som Kotter tilsa, men supplere det med ein breiare prosjektstruktur. Å sikre at alle relevante problemstillingar og detaljar vart kartlagd og adressert, ville av kapasitetsomsyn truleg ikkje vore mogleg med berre ei styringsgruppe. I tillegg kan brei involvering i eit prosjektsekretariat ha positiv verknad på organisasjonen si kjensle av å vere involvert i endringsprosjektet, då fleire kan inviterast inn i kjerna av arbeidet. Ei brei involvering vil naturleg nok medføre at prosjektarbeidet legg beslag på mykje arbeidstid blant ei større gruppe tilsette, og er derfor ei vurderingssak ein må vere medviten om i planlegginga av prosjektet.

### **Trinn 3: utvikle visjon og strategi**

Eit prosjekt sin visjon skal inspirere medlemmane i organisasjonen og gjere det tydeleg for medlemmane kva retning organisasjonen ønskjer å bevege seg, i følgje Kotter sin endringsmodell. Det retningssskapande perspektivet i ein god visjon, kan også ha koordinerande verknader på ei gruppe menneske, då alle har eit klart bilete av målet ein ønskjer å oppnå. Visjonen blir supplert av ein strategi som eit meir detaljert verkty for å realisere visjonen (Kotter, 2012). Nettopp dette med koordinering er i følgje Mintzberg ein av dei største utfordringane til profesjonelle organisasjonar. Mintzberg presenterer derimot ikkje visjon som løysing på problemet, men legg heller opp til ein meir strukturert slutningsprosess for danning av strategi (Mintzberg, 1989). I Grund sin litteratur om endring i norske helseføretak, er det eit breiare perspektiv på utvikling av visjon og strategi, og både involvering av nøkkelpersonell og skape endringsbehov vert løfta fram som viktig. Ein god strategi legg planar for korleis nå ønskja framtidstilstand (Grund, 2006). For dette prosjektet var det tydelege målet å endre føretakstilhøyring for Kongsvinger sjukehus. I mandatet til dei ulike delprosjekta finn ein eit gjennomgåande effektmålet om å gje befolkninga i opptaksområdet eit godt organiserte

spesialisthelseteneste. Disse tenestene skal vere av god kvalitet, fagpersonell skal ha riktig kompetanse, og helseføretaket skal ha rett kapasitet<sup>22</sup>.

Sjølv med eit så tydeleg mål, er det ikkje mogleg å identifisere ein klar visjon for prosjekta, basert på resultata av studia. I omtale av kva som var målet med overføringa, peika somme på god kapasitetsutnytting og helsetenester av høg kvalitet som ein visjon for Ahus HF etter overføringa av sjukehuset, medan andre heller vekta innfriing av helseminister Høie sitt vedtak var den framtidstilstanden prosjektet sikta å nå. Dersom ein tek utgangspunkt i ein visjon om god kapasitetsutnytting og helsetenester med høg kvalitet, kan ein stille spørsmål til om ein slik visjon ville hatt den koordinerande verknaden Kotter siktar til. Det er fordi det på ingen måte finnast ein organisasjonsdekkjande konsensus for korleis oppnå nettopp kapasitetsutnytting og gode tenester, og medlemmane i organisasjonen kan følgeleg ha svært sprikande åtferd og likevel meine at dei sjølv handlar i tråd med visjonen. Det er her ein god strategi kjem til sin rett, noko det tyder på at det gjorde i denne samband. Der det kan verke som visjon har spelt lita rolle i dette prosjektet, har det tilsynelatande blitt lagt langt meir energi i å utvikle gode strategiar og meir detaljerte planar for arbeidet. For kvar fase av prosjektet og dei tilhøyrande delprosjekta, var det stadfesta tydelege mål for arbeidet, og det vart gjort grundige vurderingar av eventuelle risikofaktorar, kven som var interessentar i arbeidet, og så vidare. Men lik ein god visjon, er det lita nytte i ein solid strategi dersom den ikkje er kjend i organisasjonen. Det tek oss vidare til det neste steget i Kotter sin modell, nemleg å kommunisere visjonen.

#### **Trinn 4: kommunisere visjonen**

Ein god visjon kan ha stor nytte i eit endringsarbeid, men det er då avgjerande at den er tydeleg definert og godt kjent i organisasjonen. Kotter legg vekt på at visjonen må kommuniserast med tilstrekkeleg omfang og via flest mogleg kanalar for å ha størst mogleg verknad. Kotter legg til at dette er ressurskrevjande arbeid, men heilt avgjerande for å lukkast med endringa (Kotter, 2012). I og med at resultata ikkje kunne peike på ein tydeleg visjon, tyder det på at det anten ikkje var utarbeidd ein visjon, eller at denne visjonen ikkje vart tilstrekkeleg kommunisert. I dette høvet kan det tenkjast at den visjonsutformande delen av prosessen vart påverka av at gjennomføring av endringa vart pålagd frå eit høgare politisk hald, og at ein dermed rettar mindre merksemd mot å definere ein visjon, og å gjere den kjend i organisasjonen.

---

<sup>22</sup> Mandat Kongsvinger-prosjektet fase I, vedteke av sjukehusleiinga ved Akershus universitetssjukehus 09.01.2018. Internt dokument.

Strategien for eit endringsprosjekt inneheld gjerne overordna føringar for prosjektet, som kva tema som skal takast opp når, målsetting for når prosjektet skal vere ferdigstilt og liknande. Her viser resultatane at det var somme ankepunkt mot tidspunktet for når dei ulike fasane vart sett i gong, og det kan verke som fleire vart overraska over når nokre konkrete tema dukka opp. I funna ser ein at dette spesielt gjaldt diskusjonen om organisasjonsmodell, der fleire tykte at den kom alt for tidleg. At ein så stor del av deltakarane meinte at diskusjonen i fase II kom brått på, kan tyde på at det ikkje har blitt laga ein heilskapleg strategi for det det fulle Kongsvinger-prosjektet, der innhaldet i arbeidet kom tydeleg fram. Dersom ein slik strategi har blitt laga, kan ein lure på om den er gjort godt nok kjend i organisasjonen til å tene sin funksjon. Når det kjem til den meir detaljfokuserte planlegginga av prosjektet, kan det sjå ut som partane fekk utbytte av den nøysamlege planlegginga av til dømes av sjølve overføringshelga. Dette kritiske punktet i prosessen hausta svært gode tilbakemeldingar frå samlege deltakarar, og det verka som alle hadde eit klart bilete av kva som til ei kvar tid gjekk føre seg.

I resultatane var det tydeleg at behovet for informasjon og kommunikasjon ikkje er likt i alle delane av organisasjonen. Som fleire deltakarar påpeika, ville føretaksoverføringa skape større endring i arbeidskvardagen for dei tilsette på Kongsvinger enn på Nordbyhagen. Desse deltakarane såg det då som naturleg at det var eit større behov for informasjon og kommunikasjon med dei tilsette på Kongsvinger, noko som ser ut til å ha blitt anerkjend i prosjektet. Teorien som ligg til grunn i oppgåva, seie ikkje noko om målretta kommunikasjon med enkelte grupper i organisasjonen er vanleg prosedyre, og eventuelt noko som anbefalast. Det kan uansett ha vore eit fornuftig grep, med tanke på kor ressurskrevjande det er å drive godt kommunikasjonsarbeid.

### **Trinn 5: fjerne hinder**

Hinder for endringsarbeid kan ta mange former, i følgje Kotter. Til dømes kan somme nekte å tilpasse seg ein ny arbeidsmetode eller at organisasjonsstrukturen ikkje er kompatibel med situasjonen verksemda står i etter endringa. Organisasjonsstruktur må ikkje berre vere kompatibel med den nye situasjonen, den må og vere lagt opp slik at det er enkelt for medlemmane å samarbeide og finne gode arbeidsmåtar. Kotter legg til at eit viktig hinder ein må unngå er at medlemmane i organisasjonen ikkje føler at dei har nødvendig posisjon eller ferdigheiter for å delta i endringa og tileigne nye arbeidsmetodar (Kotter, 2012). Når det kjem til å møte og handtere desse hindera, ser det av resultatane ut som Kongsvinger-prosjektet har meistra dette. Langs heile prosessen har ein forsøkt å gje tilsette opplæringa som trengs i nye

arbeidsmetodar, og ein har lagt til rette for samarbeid på tvers av lokasjonar. Ikkje minst har det blitt gjort eit omstendeleleg arbeid for å tilpasse organisasjonsstrukturen til den nye situasjonen med Kongsvinger sjukehus som ein del av føretaket. Somme av deltakarane meinte at det kunne blitt fasilitert for fagleg samarbeid på eit endå tidlegare tidspunkt i prosjektet, men hadde forståing for at enkelte ting måtte avklarast før ein kom til ein situasjon der slikt samarbeid var høveleg.

Det vil vere hinder som er nær sagt umogleg å gjera noko med. I dette høve var det den uunngåelege reisevegen mellom sjukehusa på Kongsvinger og Nordbyhagen. Med ei køyretid på i overkant av ein time utan rushtrafikk, var fysiske møter naturlegvis ressurskrevjande i form av brukt arbeidstid, og vart derfor supplert av digitale møter. I relasjonsetablering skal ein likevel ikkje undervurdere viktigeita av å treffast. Det er positivt å sjå at det ikkje berre vart prioritert at prosjektgruppa skulle få høve til dette, men også dei tilsette gjennom fag-til-fag møter og workshop. Andre intervjurunde fant stad nøyaktig eitt år etter sjølv føretaksoverføringa, og allereie då kunne deltakarane fortelje om godt samarbeid på tvers av lokasjonar og ein låg terskel for å ta kontakt med kvarandre og be om støtte i faglege vurderingar. Så langt har prosjektet langt på veg lukkast med å fjerne eit hinder med geografisk avstand, som potensielt kunne skapt store problem for organisasjonen. For å få varande verknader av det gode arbeidet som er gjort, er det viktig at dei opprettheld fokuset på samarbeid og vidare etablerer formelle møtestadar for dei tilsette, som i følgje deltakarane ikkje er kome på plass endå.

### **Trinn 6: synleggjer framgang**

Store endringar tek tid, og Kotter meiner at synleggjering av framgang er viktig for å halde motivasjonen til å drive endringsarbeid oppe. Dette kan gjerast ved å dokumentere framgang eller å medvite setje delmål som ein når innan kort tid. Å vise til resultat av endringa er og viktig for kredibiliteten til prosjektet, i følgje Kotter (Kotter, 2012). Dette med å konstruere raske sigrar blir derimot kritisert av Hughes i hans artikkel som er presentert i den teoretiske bakgrunnen i denne oppgåva. Hughes meiner at det bryt tilliten dei tilsette har til organisasjonen, og at det er uetisk at leiarar brukar dette til å byggje eigen autoritet (Hughes, 2016). I mine resultat er det ikkje noko som tilsei at det i dette prosjektet har blitt konstruert raske sigrar på måten som Kotter og Hughes viser til. Dei sigrane som har kome undervegs har heller vore ei naturleg følgje av framgangen i prosjektet, som til dømes ei vellukka overføring av Kongsvinger sjukehus, og igangsetting av dei endra pasientstraumane. Neste milepæl blir

implementering av ein fagdivisjonisert organisasjonsmodell. Dette er store endringar som i høgste grad synleggjer framgangen i prosjektet. Med tanke på kor omfattande endringar som har funne stad i Kongsvinger-prosjektet, har dei store sigrane kome med relativt hyppig mellomrom. Frå overføringa vart vedteke i 2017, gjekk det under to år før den faktisk vart gjennomført. Omlag eit år etter overføring, vart endring av lokalsjukehusstillinga for Eidsvoll og Ullensaker satt i verk med mål om å auke aktiviteten på Kongsvinger. Og ved årsskifte til 2021 skal ny organisasjonsform implementerast. Omfanget av endringane i seg sjølv kan truleg ha gjort dei små, raske sigrane mindre viktig. Ut i frå funna i studia, hadde i alle fall ikkje deltakarane problem med å sjå framgangen i prosjektet og det var ingen som ytra misnøye om leiarar som brukte prosjektet til å fremje eigen posisjon og autoritet.

### **Trinn 7: byggje vidare på erfaringar**

Det er ei etablert sanning at ein ikkje skal ta sigeren på forskot, men i endringsarbeid skal ein heller ikkje ta den for raskt etterpå, i følgje Kotter. Han viser til at ved å fastslå suksess for tidleg, kan ein signalisere at prosjektet er ferdig og arbeidet med endringa kan opphøyra. Resultata av arbeidet er sårbar til nye arbeidsmetodar er forankra i organisasjonskulturen og kontinuerleg fokus på verknadane i prosjektet er nødvendig for å hindre tilbakefall (Kotter, 2012). Dette steget tek oss tilbake til arbeidet som er gjort med å fjerne hinder for endring og det sterke fokuset på fagleg samarbeid. Som nemnd vil det vere hensiktsmessig å no sjå på korleis fagleg samarbeid og gode møteplassar kan formaliserast.

I eit steg som fokuserer på å byggje vidare på erfaring, er det nærliggjande å tenkje at ein også bør ta eit blick tilbake og vurdere suksessfaktorar i arbeidet og identifisere mindre vellukka element. I mine resultat finn ein at det foreløpig ikkje er gjennomført eller planlagt noko form for evaluering av prosjektarbeidet. Ein deltakar forklarte det med at prosjektet framleis går føre seg, og bevegar seg stadig inn i nye fasar. Med å vente med alle former for evaluering til etter heile prosjektet er avslutta, eliminerer ein alle sjansar til å lære undervegs i prosessen og tilpasse det vidare arbeidet etter erfaringar frå dei gjennomførte fasane. Det er også ei stor fare for at kvaliteten av evalueringa blir dårlegare, då det fort kan gå mange år frå endringsarbeidet starta til evalueringa blir gjennomført, og mange aspekt og detaljar ved endringa kan ha gått i gløymeboka. Perspektivet med kontinuerleg læring er noko Hughes løftar fram i sin artikkel og forklarar at det å ha ein lærande organisasjon er ein nøkkelfaktor for å gjere verksemda i stand til å førebu seg på framtida, og endra føresetnader på ein smidig måte. Også Grund har i sine

skildringar av endring i norske sjukehus, stort fokus på viktigeita av å ha ein lærande organisasjon for å kunne utvikle seg på ein god måte.

Ut i frå resultata, kan det sjå ut som Ahus HF har rom for forbetring når det kjem til å bli ein lærande organisasjon. Dette vart gjort spesielt tydeleg av deltakaren som løfta fram det store talet prosjekt som til ei kvar tid finn stad i organisasjonen, men sjeldan blir evaluert. Somme blir raskt skrinlagd ved manglande rask økonomisk gevinst. Det er òg verdt å merke at ei evaluering heller ikkje er etterspurt av dei som satt endringsprosjektet i verk, nemleg eit nasjonalt politisk nivå, med helseministeren i spissen. Når ein ser det i samanheng med iverksetjarane heller ikkje har etterspurt noko oversikt over kva kostandar prosjektet har medført, kan ein lure på om dette er ei slutning som vart vedteke, og så lenge overføringa fant stad, hadde ministeren lite interesse i å følge opp utfallet av prosjektet og ta ei vurdering om overføringa faktisk var hensiktsmessig. Grund viser i si bok til at det ikkje finst noko beste praksis korleis sjukehusstruktur skal vere, noko som fort kan føre til eit kontinuerleg jag etter forbetring. Med dette i bakhovudet, er det kritikkverdig at verken nasjonalt politisk hald eller helseføretaket foreløpig sjølv har teke initiativ til evaluering av eit prosjekt av eit slikt omfang og kostnadsramme. Manglande evaluering kan òg seiast å vere eit direkte hinder i utviklinga av ein beste praksis og danning av eit god kunnskapsgrunnlag som kan brukast i framtidige diskusjonar om sjukehusstrukturar og føretaksoverføringar i den norske helsesektoren. Det er derfor å håpe at Ahus sjølv og ansvarleg politisk nivå initierer evaluering av både dette og andre prosjekt omgåande.

### **Trinn 8: forankre endringar i kulturen**

Som vi var inne på i trinn 7, kan ein ikkje erklære eit prosjekt suksessfullt for tidleg, men må vere påpasseleg at endringane faktisk har blitt ein del av dei nye arbeidsmåten og kulturen i organisasjonen. Kotter legg til at organisasjonskultur er spesielt viktig, då kultur omhandlar normer for oppførsel og delte verdiar i ei gruppe menneske. Det kan vere krevjande å endre, men er viktig for måten ein samhandlar på i verksemda (Kotter, 2012). Ein er då inne på forankring av arbeidsmetodar og ressursutnytting, og ikkje større strukturelle endringar. Resultata viser at dei tilsette på Kongsvinger ser ut til å kjenne seg godt inkludert og ivareteke i Ahus HF. Somme har likevel eit bilete av at sjukehuset på Nordbyhagen har rolla som storebror, medan Kongsvinger er litlebror i relasjonen. Om dette vil ha ei verknad på kulturen over tid, er for tidleg å seie noko om, men vil vere interessant å følge med på. I resultata vart det òg løfta fram at Kongsvinger sjukehus lenge ønskja seg vekk frå Sjukehuset Innlandet HF

og den kulturen som var der. Ein deltakar beskrev at det er langt lågare terskel for å ta kontakt med dei nye kollegane på Nordbyhagen og be om samråd med dei, enn kva dei tilsette på Kongsvinger hadde opplevd at det var i Sjukehuset Innlandet. Også i denne samanhengen er det verdt å trekkje fram fokuset på samarbeid og fag-til-fag møter, og å vurdere det som ein nøkkel til at ein har fått ein så god start i eit kulturmessig perspektiv.

Når ein snakkar om organisasjonskultur i ei så stor verksemd som helseforetak er, må ein vere medviten om at ein finn kulturar på ulike nivå. For Ahus HF sin del er det ikkje berre interessant å sjå på kulturen på organisasjonsnivå, men også kva kulturelle skilnader ein finn mellom ulike delar av organisasjonen eller profesjonar. Dette kan bli spesielt viktig dersom ei haldning om Nordbyhagen som storebror og Kongsvinger som litlebror festar seg. Gjensidig respekt mellom lokasjonane vil då bli sentralt, og ein må for all del hindre at det til dømes breier seg ei oppfatning om at dei tilsette på Nordbyhagen blir eit slags "A-lag" og Kongsvinger blir "B-laget". Enn så lenge ser det ikkje ut som at dette er noko problem, og metaforen med storebror og litlebror verka til å heller ha blitt brukt med eit omsorgsfullt perspektiv. Deltakarane med tilknytning til Kongsvinger fortalte likevel om ei kjensle av å måtte bevise kva dei var gode for, og vise at dei hadde livets rett. For å sikre at ein her går i ønskja retning, kan det vere lurt å halde eit auge med korleis relasjonen mellom dei to sjukehusa utviklar seg. Ein god relasjon og tette band mellom lokasjonane vil vere spesielt viktig dersom Ahus HF ønskjer å etablere ei ordning med delt arbeidsstad mellom dei tilsette og ein på den måten blir betrakteleg meir avhengig av samarbeid og gjensidig forståing.

## **5.2 Spesielt sentrale funn**

### **5.2.1 Involvering**

Ein stor del av funna i studia omhandlar faktorar knytt til korleis dei tilsette på Ahus vart involvert i overføringsprosjektet og i kva grad dei tilsette kjende seg godt informert om kva som gjekk føre seg. Dei presenterte teoriane går ikkje spesifikt inn på korleis tilsette i organisasjonen bør involverast i endringsarbeid, men ein kan likevel hente ut element som seier noko om dette. Involvering av tilsette vil i stor grad vere situasjonsbestemt, og ein må ta utgangspunkt i både det einskilde endringsprosjektet og særtrekk ved organisasjonen. Når vi no oppheld oss i eit sjukehus, vil Mintzberg si beskriving av den profesjonelle organisasjon og sterke fagprofesjonar vere sentral. Fagprofesjonane har ei avgjerande rolle i organisasjonen og



den veletablerte autonomien fagprofesjonane har, må takast høgde for. Prosjekt som forsøker å tre endring over hovudet på fagprofesjonane, kan fort gå skeis. Også i litteraturen frå Grund er viktigheita av å forankre endring blant nøkkelpersonell vektlagt. Grund forklarar at motstand mot endring kan kome frå fagpersonell som ikkje vil la seg beordre, men at ein god endringsprosess møter denne motstanden på ein konstruktiv måte ved å forsøke å likevel involvere desse menneska i arbeidet (Grund, 2006). Resultata av studia viste inga nemneverdig motstand mot endringa i seg sjølv. Det kan vere fordi dei som vart mest ramma av endringa, nemleg dei tilsette på Kongsvinger sjukehus, hadde det iherdige ønskje om endringa, medan dei tilsette på Nordbyhagen ikkje hadde noko sterk meining i den eine eller andre retninga. Ein annan medverkande faktor kan vere at avgjersla om overføring kom frå eit nivå i styringshierarkiet som står fram som uangripeleg for tilsette flest, og det å ytre motstand eller skepsis derfor ikkje vart opplevd som verdt bryet.

I dei ulike fasane og delprosjekta, besto arbeidsgruppene av representantar frå både strategisk leiing og tillitsvalde, og representasjonen var tilpassa tematikken dei ulike gruppene skulle diskutere. I følgje resultata, hadde dei fleste deltakarane inntrykk av at det var rom for dei tilsette å kome med innspel til arbeidsgruppene, og at det slik sett var ein open prosess. Deltakarane var likevel ikkje overtyda om at dei tilsette hadde nok kjennskap til prosessane til å eigentleg ha føresetnad til å uttale seg. Då dei første intervju fant stad, hadde til dømes prosjektgruppa for fase II akkurat byrja å diskutere moglege løysingar for organisasjonsmodell og funksjonsfordeling. Deltakarane var då skeptisk til om dei tilsette var innforstått med at det var då den diskusjonen gjekk føre seg, og dei kunne gje sine innspel. I denne prosessen hadde blant anna den interne høyringsrunda ein kompensierende verknad for dette, men i kor stor grad dei tilsette på sengepostar og avdelingar var med på å utforme divisjonane sine høyringssvar, er uvisst. På eit generelt grunnlag kan ein seie at som tilsett er ein prisgjeven nokon høgare oppe i leiingshierarkiet som vidareformidlar nødvendig informasjon og legg til rette for at dei tilsette får ein reell sjanse til å ta del i utviklinga av eigen organisasjon og arbeidsstad. Ein kan derfor setje eit tydeleg skilje mellom at det på papiret er rom for påverknad og brei involvering, og om det faktisk er lagt til rette for reell medverknad. Basert på funna i studia, er det likevel ikkje tvil om at prosjektgruppa har vore open for innspel og gjort ein betydeleg innsats for å informere medlemmane i organisasjonen best mogleg.

## 5.2.2 Organisasjonsmodell

Noko som står igjen som ein sentral del av funna, er knytt opp til val av organisasjonsmodell. Ein slik diskusjon er ikkje berre spanande for dei tilsette i Ahus HF, men er òg svært interessant i eit organisasjonsteoretisk perspektiv. Som vi har sett, har strukturen på organisasjonen stor verknad på korleis medlemmar samhandlar og problem blir løyst. Kotter omtalar dårleg organisasjonsstruktur som eit potensielt hinder for endring og i Mintzberg sin teori om den profesjonelle organisasjon, finn ein at koordinering kan vere ein akilleshæl for mange verksemder. Grund presiserer at den auka spesialisering vi har sett i norske sjukehus, sett endå større krav til intern koordinering, då ein ofte avheng av fleire delar av sjukehuset for pasientbehandling. I følgje Grund finnast det heller ikkje ein ideell organisasjonsstruktur, og ei rekkje avvegingar må takast (Grund, 2006). I Kongsvinger-prosjektet skulle ein ikkje berre finne ein modell som både gjev rom for fagleg autonomi og verksemdsovergripande koordinering. Modellen måtte og ta omsyn til pasientar sine forventningar til godt organiserte tenester av høg kvalitet, samt primærhelsetenesta sitt behov for føreseieleg samarbeid rundt pasientflyt. Val og utforming av organisasjonsmodell var altså inga enkel oppgåve.

I arbeidet med val av organisasjonsmodell var det lagt ein betydeleg innsats i å sikre brei involvering og å danne eit solid slutningsgrunnlag, gjennom blant anna den interne og eksterne høyringa. Meiniane om kva som var den beste modellen var mange og sterke, og resultatane viser at det ikkje var slik at den eine modellen var klart betre enn den andre. Likevel klarte prosjektgruppa for fase II å einast om at divisjonsmodellen var å føretrekke, basert på innspela dei fekk i sitt arbeid. Som kjent valde sjukehusleiinga å ikkje ta oppmodinga frå prosjektgruppa, og landa i staden på alternativet med fagdivisjonisering. Om nøkkelpersonar i sjukehusleiinga heile tida hadde intensjon om å velje fagdivisjonisering er uklart, men det er sikkert at vedtak mot prosjektgruppa si innstilling, skapa merksemd. Uro framprovosert av ei slutning fatta av toppleiinga kan vere svært skadeleg for heilskapen av endringsprosjektet og ha langvarige verknader på dei tilsette sin relasjon til leiinga. Dersom det er slik ein deltakar meinte, at prosessen kunne blitt lagd opp ein annan måte for å unngå dette, er det eit viktig læringspunkt som kunne blitt avdekka i ei evaluering. Til alt hell, antyda funna at denne uroa ikkje var vedvarande, og at medlemmane i organisasjonen no har gått vidare i arbeidet med utvikling av fagdivisjonisert modell med ei konstruktiv haldning.

Utviklinga av fagdivisjonisert modell er i seg sjølv eit komplekst endringsprosjekt med eit utal omsyn å ta. Spesielt interessant blir det å følgje med på korleis krav til stadleg og einskapleg

leing blir løyst i det vidare arbeidet med fase III. Dette vil ha tett samanheng med den nye rolla som driftskoordinator for Kongsvinger sjukehus. Om nokon lukkast i å koordinere verksemda, bidra i dagleg problemløysing, og å vere bindeleddet til den strategiske leiinga på Nordbyhagen, utan noko form for leiarmandat, blir spanande å sjå. Det er tydeleg at val prosjektgruppa no tek på dette feltet vil vere utslagsgjevande for korleis organisasjonen fungerer og utviklar seg på sikt. Alle slutningar som no blir fatta må derfor vere basert på eit tydeleg bilete av korleis organisasjonen Ahus HF skal vere i lang tid framover. Dette gjer det også ytst hensiktsmessig med ei ny studie av Kongsvinger-overføringa når prosjektet er avslutta.

### **5.2.3 Funksjonsfordeling**

Diskusjon om funksjonsfordeling var den andre store delen av fase II. I litteraturen finn vi Mintzberg sitt perspektiv på det store potensiale offentlege sjukehus har med internt samarbeid på tvers av avdelingar. Mintzberg løfta slik koordinering som ei vesentleg utfordring for profesjonelle organisasjonar, men viser og til det store rommet for samarbeid som kjem av at offentlege sjukehus i teorien ikkje konkurrerer med kvarandre (Mintzberg, 1989). Ved å lukkast med å etablere eit godt samarbeid innan helseføretaket, kan innovasjon og utvikling skape ringverknader gjennom heile organisasjonen. Drift kan effektiviserast og ein skapar rom for betre utnytting av offentlege ressursar. Om vi ser til Grund, kan det verke som det i røynda ikkje er så enkelt å skape desse ringverknadane. Årsaka til dette er dei høgspesialiserte tenestene i sjukehusa (Grund, 2006). Diskusjonen om funksjonsfordeling som no har gått føre seg i Kongsvinger-prosjektet siktar ikkje direkte mot å skape ringverknader på tvers av spesialiseringar, men på tvers av lokasjonar. Det planlagde faglege samarbeidet mellom Kongsvinger og Nordbyhagen opnar for deling av effektive arbeidsmåtar og beste praksis, som kan ha store positive verknader. Ut i frå resultatata, verka det som dette er noko Ahus er observant på, med deira fokus på fagleg samarbeid og relasjonsetablering mellom Kongsvinger og Nordbyhagen gjennom heile fase II.

I følgje Mintzberg er det likevel eit problem ved profesjonelle organisasjonar at mykje prosjektarbeid og problemløysing føregår i det skjulte grunna den dårlege koordineringa (Mintzberg, 1989). Ei slik bekymring vart òg fremja av deltakaren som stilte spørsmål ved det store talet prosjekt som til ei kvar tid finn stad i helseføretaket. Vedkomande mistenkte at det ikkje var nokon som hadde eit fullstendig overblikk over samlege prosjekt i føretaket, og korleis dei kunne påverke kvarandre. Utspelet frå deltakaren rører ved kjerna av Mintzberg sitt

ankepunkt mot den profesjonelle organisasjonen, og fordrar ei god strategisk sjukehusleiing som har eit tett samarbeid mellom administrativ leiing, fagleg leiing og klinikkleiing, slik Grund løftar fram. Dersom dei tilsette opplever at det stadig vert sett i gong nye prosjekt, men at ein knapt rekk å fullføre dei før prosjekta blir skrinlagd, står ein òg i fare for å skape ein endringstrøttleik i organisasjonen. Denne utfordringa er nok gjeldande for svært mange verksemdar på tvers av alle sektorar. Men i den norske helsesektoren vil eit medvit rundt verksemdsovergrepande prosjektkoordinering kunne medføre eit spesielt viktig utbytte. Utbytte kjem av utvikling av nye og betre behandlingsmetodar og optimal nytte av dei offentlege ressursane som ligg i sektoren. Aller størst utbytte vil ein få om ein klarer å dele funn og resultat av prosjekta ikkje berre internt i eige føretak, men også med øvrige helseføretak i Noreg. For å mogleggjere det, krevjast eit nasjonalt system for erfaringsutveksling som er lett tilgjengeleg for helsepersonell i verdiskapinga, då det er her slik utvikling ofte spring ut i frå. Nøkkelen ligg her i tilgjengleggjeringa, der det må falle naturleg for fagpersonell å bruke det aktivt som grunnlag for eigne innovasjonsprosjekt.

#### **5.2.4 Politikk og eksterne aktørar**

Eksterne faktorar og aktørar var ein sentral del av både bakgrunnen til Kongsvinger-prosjektet og korleis prosjektarbeidet utarta seg. At eksterne aktørar gjer seg gjeldande, er i følge Grund ikkje unaturleg, då blant anna politikarar og pasientgrupper er viktige premissleverandørar for helsesektoren (Grund, 2006). I dette høvet vart brukarrepresentantar involvert i prosjektarbeidet og svarte på den eksterne høyringa i fase II. Deira involvering var av stor betydning, men var ikkje av oppsiktsvekkande art. Med den politiske involveringa har det derimot vore meir å bite seg merke i. Først såg ein tydeleg at eit langvarig lokalpolitisk engasjement til tider fører til store gjennomslag. Deretter har ein ved tre høve sett at valkamp kan påverke åtferda til politikarane. Resultata av denne studia kan ikkje fastslå om valkamp var avgjerande for enkelte politiske utspel, men koplingane vart løfta fram av fleire deltakarar. I valkampperioden for Stortingsvalet i 2013 var lokalbefolkninga på Kongsvinger svært uroa for sjukehuset si framtid. Høie, som då var helsepolitisk talsperson i Høgre, kom med klar beskjed om at vidare drift av Kongsvinger sjukehus var naudsynt. Då det var duka for lokalval to år seinare, bestilte helseminister Høie utgreiing av føretaksoverføringa. I 2019 samanfoll lokalvalsperioden med arbeidet med fase II av Kongsvinger-prosjektet og diskusjonen om endring i lokalsjukehusstilhøyringa til Eidsvoll og Ullensaker. Dei to kommunane ytra då sterk motstand mot å sokne til Kongsvinger sjukehus. Ein deltakar meinte at den politiske motstanden i desse

kommunane var sterkt prega av eit ønskje om å markere seg i valkampen, heller enn ein godt grunngeven usemje om endringa. Politisk innblanding i diskusjonar om større strukturelle endringar i sjukehusstruktur, er ikkje unikt for denne prosessen, men kjem naturleg av den offentleg styrte helsesektoren vi har og dei demokratiske prosessane som føl med.

Eit anna synleg element i dei politiske aspekta av Kongsvinger-prosessen, er den mykje omtalte lojaliteten til slutninga helseminister Høie fatta. Det er ei rekkje interessante spørsmål rundt denne lojaliteten, der eit er om ein slik lojalitet finn stad ved dei fleste politiske slutningar, eller om den i dette høve har blitt forsterka av at slutninga var samanfallande med Kongsvinger sitt sterke ønskje om overføring. Deltakarar forklarte at sjølv om Ahus HF helst ikkje ønskja overføringa før vedtaket kom, var det ingen som aktivt fremja motstand mot å ta i mot Kongsvinger sjukehus. Dette gjorde det truleg enklare å akseptere vedtaket frå Høie, men forklaringa til deltakarane var like fullt at når øvste politiske hald fatta eit vedtak, var ein nøydd å halde seg til den. Då sjukehusleiinga seinare gjekk i mot prosjektgruppa si anbefaling om val av organisasjonsmodell, uttalte ein deltakar at sjukehusleiinga "tok ein Høie". Det har altså oppstått eit eige omgrep for slutningar som er i strid med anbefalingar, noko som gjev eit interessant bilete av politikk og slutningstaking.

Ein kan undre seg om denne lojaliteten til slutninga er gjenstand for slitasje eller om den vara ved over tid. Det vil sjølv sagt avhenge av omfanget av slutninga og kor einstydig anbefalinga for eit vedtak er, men det kan tenkjast at toppleiinga ved å setje lojaliteten på prøve med hyppige mellomrom, mister tillit og truverd i organisasjonen. Dersom dei tilsette på motsett vis har full lojalitet til alle slutningar som blir fatta, vil ein fort få ein situasjon der slutningstakarane har svært stor makt. I denne studia er det likevel ingen funn som antyda at tilliten til toppleiinga er minska eller at dei tilsette har blind lojalitet til alle slutningar. Resultatet vitnar om tilsette som raskt har gått frå å bli overraska av slutning om til dømes organisasjonsmodell, til å vere innforstått med at andre omsyn og argument har blitt vekta. Dei tilsette gjekk snøgt vidare til ei pragmatisk innstilling til det føreståande arbeidet. Ein kunne sjå same reaksjon i etterkant av Høie sitt vedtak i 2017, der Ahus umiddelbart bevega seg vidare frå motstand mot overføringa til å fokusere på potensiale som låg i endringa. Den omstillingsevna Ahus som organisasjon og dei tilsette syner, har truleg vore eit positivt fundament for heile Kongsvinger-prosjektet.

## 5.3 Vegem vidare

Kongsvinger-prosjektet er i høgste grad framleis pågåande, med spanande diskusjonar om blant anna implementering av fagdivisjonalisert modell i Ahus HF. Men ein kan likevel byrja å skimte eit sluttunkt på prosjektet og ein kan då vurdere om overføringa har vore ein suksess eller ikkje. Nøyaktig kva som blir vurdert som suksess, er så langt ikkje mogleg å slå fast. Jamfør resultatane kan ein lure på om prosjektet vil bli vurdert som suksess så lenge vedtaket til helseminister Høie er fylgd opp. I så fall kan ein allereie kalle det vellukka, då Kongsvinger sjukehus no er ein del av Ahus HF og fødetilbodet er vidareført. Somme vil peike på målet om å betre kapasitetsutnytting og å gje befolkninga i opptaksområdet tenester av høg kvalitet. Dette målet har ikkje blitt talfesta på noko måte, så det er uvisst kva grad av forbetring som må til for å kalle prosjektet ein suksess basert på dette målet. Kven som med rette kan felle domen over prosjektet er heller ikkje tydeleg. Det er naturleg å tru at ei vurdering av suksess blir gjort av aktøren som er ansvarleg for endringa, altså helseminister Høie. Eventuelt kan det kanskje avgjerast av aktørane som var initiativtakarar og fant prosjektet naudsynt, nemleg befolkninga og politikarane i Kongsvinger-regionen, samt dei tilsette ved Kongsvinger sjukehus. Ein kan òg argumentere for at organisasjonen som har hatt det desidert største arbeidet med prosjektet, og har gjennomgått omfattande og ressurskrevjande endringar, har ein rettmessig posisjon til å fastslå suksess eller ikkje. Eit siste alternativ er at det ikkje vil kome ein tydeleg dom over Kongsvinger-prosjektet, og at dei nemnde aktørane raskt får fokus på andre oppgåver. Om vi skal lytte til deltakarane sine håp for utfallet av prosjektet og framtida til føretaket, er Akershus universitetssjukehus eit føretak som framover har sunn drift og leverer tenester av god kvalitet til pasientane i sitt opptaksområde, med Kongsvinger sjukehus som ein god bidragsytar til dette.

## 5.4 Metodologisk drøfting

### 5.4.1 Validitet

Validiteten i ei studie seier noko om kvaliteten på funna, og ein skil mellom intern og ekstern validitet. Den interne validiteten vurderer om funna faktisk er i samsvar med formålet med studia, altså i kva grad ein har undersøkt det ein faktisk ønskja. Ekstern validitet omhandlar korleis resultatane stemmer overeins med tidlegare forskning på feltet og overførbarheita av studia. Overførbarheit fortel om resultatane kan vere av nytte for andre (Green & Thorogood, 2018, s. 272-273). Den interne validiteten har i denne studia blitt styrka av samtaler med informantar

med ulike tilknytning til prosjektet, samt oppfølgingsintervju med tre av deltakarane. Bruk av møtedokument har vore eit viktig tilskot for å ytterlegare styrke den interne validiteten.

Resultata stemmer godt overeins med funn frå litteraturen, og svarar på slik måte til ekstern validitet. Det har vore vanskeleg å finne rapportar om andre liknande prosessar i Noreg, noko som har gjort direkte samanlikning med andre liknande studiar utfordrande. Sjølv om funna i studia vektar rolla interne faktorar har hatt på gjennomføringa av endringsprosessen, vil delar av funna kunne overførast til andre situasjonar. Overførbarheita vil truleg vere størst til andre endringsprosessar i norske sjukehus, då mange av funna er gode bilete på særigenheiter ved organisering i helseføretaka og kulturen blant helsepersonell.

### **5.4.2 Refleksivitet**

Vurdering av refleksivitet handlar om at forskaren skal forstå si eige rolle i forskingsprosessen, og ein anerkjenner med dette at forskaren har ei påverknad på sjølve forskinga, både som person og i måten forskaren tolkar teori og funn. Som forskar har ein eit ansvar for å behandle innhenta data med respekt og integritet (Green & Thorogood, 2018, s. 14-15).

Mitt internship i kirurgisk divisjon ved Ahus har vore til stor nytte for å rekruttere deltakarar til studia. At eg hadde ein relasjon til Ahus før intervju tok til, kan ha bidrege til at informantane var meir opne i sine svar enn dei elles hadde vore. Internshipet førte likevel ikkje til at eg hadde ein relasjon med nokon av informantane som kunne påverka objektiviteten. Utover internshipet, hadde eg inga tidlegare binding til verken Ahus eller Kongsvinger sjukehus, og hadde dermed ingen personlege meiningar om i kva grad overføringa av Kongsvinger sjukehus var hensiktsmessig eller ikkje. Heller ikkje i løpet av studia har eg teke noko standpunkt til dei pågåande diskusjonane. Dette for å bevare objektiviteten som er naudsynt som forskar.

### **5.4.3 Andre viktige omsyn**

Som nemnd i metodekapittelet og i presentasjon av oppgåva sine avgrensingar, valte eg å ikkje ha deltakarar frå Sjukehuset Innlandet eller Sjukehuspartner, sjølv om dei er viktige aktørar i denne endringsprosessen. Det er både fordi involvering av fleire aktørar er ressurskrevjande, og fordi det kunne medført ei for stor breidde i studia til å samanfatte konklusjon og vidare anbefalingar med godt belegg i innsamla data. Sjukehuspartner si rolle i prosjektet har i stor grad dreia seg om den tekniske overføringa. Den tekniske overføringa var essensiell for

prosjektet, men har ikkje vore sentral i denne studia. Sjukehuset Innlandet har heller ikkje ei sentral rolle i studia, på tross av at dei er ein viktig aktør i det store bilete. Sjukehuset Innlandet er viktig for å forklare bakgrunnen for føretaksoverføringa, men målet i intervjuet var å gå inn på mekanismar som har påverka sjølve overføringsprosessen, heller enn Sjukehuset Innlandet si rolle som tidlegare eigar av Kongsvinger sjukehus. Det er likevel verdt å merke seg at desse aktørane kunne vore interessant å intervju i ei større studie.

Når det kjem til utvalet som er brukt i studia, kan ein i kvalitativ forskning alltid diskutere kva som er ein god storleik på utvalet for å nå datametning. Datametning seier noko om når ein har henta inn nok data til å få ei grundig forståing av fenomenet ein studerer. Det kan framleis bety at nye innspel hadde kome fram dersom ein hadde utvida utvalet ytterlegare, men at alle viktige aspekt er dekkja av data ein har samla inn (Green & Thorogood, 2018, s. 78-79). Sidan utvalet er sett saman av både tillitsvalte for sjukepleiarar, legar i avdelingsleiarrolle, og administrativt tilsette i ulike roller, har mange aspekt blitt fanga opp i intervjuet. I løpet av intervjuet har også mange av dei same aspekta blitt gjenteke med ulike blikk av deltakarane. Det er vanskeleg å garantere at datametning er heilt nådd, men etter å ha gjennomført og analysert 11 intervju, kjenner eg meg trygg på at studia har dekkja dei sentrale aspekta ein kan vente å finne i ei slik studie. Basert på teori om metode av Green og Thorogood verkar 11 intervju til å vere tilstrekkeleg utvalsstorleik, ut i frå det nok så spesifikke forskingsmålet vi her går ut i frå (Green & Thorogood, 2018, s. 79).

Når ein studerer to namngjevne organisasjonar kan det vere utfordrande å bevare anonymiteten til deltakarane. I informasjonsskrivet som vart sendt ut til deltakarane i forkant av intervjuet, var det opplyst at "i masteroppgåva vil det kome fram kva sjukehus prosjektet omhandlar og din stillingstittel, men namn og andre personopplysningar vil vere anonymisert" (sjå vedlegg 2). Når stillingstittel kan kome fram, vil det for enkelte av deltakarane kunne bety at somme kan klare å identifisere dei, då det er éin eller få som innehar denne stillingstittelen i organisasjonen. For å bevare anonymiteten har eg forsøkt å presentere funn frå intervjuet på ein slik måte at det ikkje er mogleg, eller svært vanskeleg, for lesarar å fastslå identiteten til deltakarane. Det kan likevel ha skjedd at deltakarar har latt vere å fortelje noko i frykt for at deira identitet skal avdekkast av andre i organisasjonen. Denne risikoen vil alltid finnast i mindre organisasjonar eller større organisasjonar med tette nettverk, men frykta for denne risikoen kan ikkje hindre at ein studerer slike organisasjonar.



I teori om prosess-sporing vert det drøfta at ein svakheit med intervju er at dataen ein får inn avheng av hukommelsen til deltakarane, og viser til at i mange høver vil intervju bli gjennomført nokre år etter at hendinga ein studerer fant stad (Tansey, 2007, s. 767). Sjølv om dette også vil vere ein faktor i denne studia, har intervju her blitt gjennomført nok så kort tid etter at dei diskuterte hendingane fant stad, og i fleire tilfelle medan hendingane endå føregjekk. Slik er risikoen med hukommelse redusert til eit minimum. Teorien peiker også på at deltakarar kan forsøke å vinkle sine svar på ein måte som gjer at dei sjølv står fram på ein god måte (Tansey, 2007, s. 767). Denne ulempa med intervju vil vere umogleg å eliminere og derfor viktig å vere medviten om i arbeidet med å analysere data. Sidan eg har deltakarar i ulike roller i organisasjonen og endringsprosessen, har eg i større grad hatt sjansen til å samanlikne dei ulike perspektiva.

## 6 Konklusjon

Når ein ser føretaksoverføringa av Kongsvinger sjukehus i eit endringsteoretisk perspektiv, kan ein sjå at fleire av Kotter sine steg har blitt fylgd, sjølv utan at modellen har blitt tatt aktivt i bruk i denne prosessen. Dette vitnar om at mange av stega Kotter byggjer sin modell på ikkje er øymerka for hans modell, men er utbreidd praksis i endringsarbeid. Det viste seg likevel hensiktsmessig å supplere Kotter sin litteratur med andre kjelder. Spesielt Mintzberg si skildring av sjukehus som profesjonell organisasjon og Grund sitt perspektiv på norske sjukehus, gav godt grunnlag for å betre forståinga for føresetnadane aktørane står ovanfor.

Kongsvinger-prosjektet er framleis pågåande og det er derfor vanskeleg å slå fast ein konklusjon for heilheita av prosjektet. Basert på mine resultat, er det likevel mogleg å løfte fram nokre suksessfaktorar. Den mest tydelege faktoren er organisasjonen si overordna positive haldninga til prosjektet, ei haldninga som kan sporast gjennom heile prosessen. I dei to studerte fasane har ein og sett at god planlegging gjev utbytte, og gjennomføringa av prosjektarbeidet har gått føre seg utan store kontroversar. Dette er to tungtvegande tema som ser ut til å ha hatt stor verknad på der heilskaplege bilete av prosjektet. Det har likevel vore aspekt ved arbeidet som har skapt reaksjonar eller kunne blitt gjort annleis, men det er vanskeleg å fullføre eit endringsprosjekt av dette omfanget på ein feilfri måte. Dei mest merkbare ankepunkt har vore knytt til at somme deltakarar ønskja å bli meir involvert, eller å bli involvert på eit tidlegare tidspunkt. Resultata fant at kjensle av involveringsgrad hang saman med kva rolle i organisasjonen deltakaren hadde. Det kan tenkjast at det stemmer som ein deltakar sa, at ein aldri vil finne ein prosess som opplevast riktig for absolutt alle. Ein annan sentral faktor i studia var lojalitet til slutningar som vart fatta. Den lojaliteten dei tilsette har til slutningstakarane, må handterast med respekt og bør ikkje utfordrast eller slitast ut i for stor grad.

Eit siste forbettringspunkt som vart identifisert av studia, er eit tilsynelatande mangelfullt fokus på prosjektevaluering i helseføretaket og blant helsemyndigheitene. Då helseministeren satt overføringsprosjektet i verk, var det ikkje inkludert noko form for sluttevaluering eller talfesta mål som kunne vurdere om vedtaket om overføring var godt, eller om prosessen vart gjennomført på ein tilfredsstillande måte. Det er å håpe at Ahus HF sjølv tek ansvar for å setje i gang ei slik sluttevaluering og at den resulterer i gode læringspunkt som kan vere til nytte for organisasjonen. Ut i frå denne studia kan det verke som ei evaluering ikkje berre vil hjelpe Ahus

med å identifisert læringspunkt, men også vil setje fingeren på ei rekkje aspekt dei har lukkast særst godt med.

Mange mekanismar har spelt inn i denne endringsprosessen. Kjensle av endringsbehov på Kongsvinger sjukehus i forkant av arbeidet, eit politisk vedtak frå øvste nivå og ei vilje i både Helse Sør-Aust og Ahus HF til å prioritere arbeidet, har vore viktig. På tross av noko usemje langs med i prosessen, har organisasjonen eit godt grunnlag til å halde fram siste etappe av Kongsvinger-prosjektet, og å ta i bruk dei pragmatiske kreftene i organisasjonen til å oppnå ei god organisering og eit tilfredsstillande sluttresultat.

# Litteraturliste

Akershus universitetssjukehus (2018, 4. oktober). *Nye Ahus feirer 10 år*. Henta frå:

<https://www.ahus.no/nyheter/nye-ahus-feirer-10-ar>

Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Sage*, vol 1:3, s. 385-405

Engh, B. (2015, 17. august). Kongsvinger kan bli Ahus-sykehus. *Glåmdalen*. Henta frå:

[https://www.glomdalen.no/kongsvinger-sjukehus/sykehus/helse/kongsvinger-kan-bli-ahus-sykehus/s/5-19-93716?fbclid=IwAR1IHhPxtrc6rbefpZ4LFC-R6Rh8viGzEgkYczmQhSRCWBfwbeGks\\_03rlo](https://www.glomdalen.no/kongsvinger-sjukehus/sykehus/helse/kongsvinger-kan-bli-ahus-sykehus/s/5-19-93716?fbclid=IwAR1IHhPxtrc6rbefpZ4LFC-R6Rh8viGzEgkYczmQhSRCWBfwbeGks_03rlo)

Fossen, S. (2013, 14. juni). Sykehuset må kutte millioner hvert år. *Glåmdalen*. Henta frå:

<https://www.glomdalen.no/nyheter/sykehuset-ma-kutte-millioner-hvert-ar/s/1-57-6708702>

Green, J. Og Thorogood, N. (2018) *Qualitative Methods for Health Research* (4. utg). London: SAGE Publications Ltd

Grund, Jan (2006). *Sykehusledelse og helsepolitikk – dilemmaenes tyranni* (1. utg). Oslo: Universitetsforlaget

Hagen, T. I., Kjæstad, R., Trolldalen, A. (2013, 11. juli). Kongsvinger sjukehus må få ro. *NRK*

*Innlandet*. Henta frå: [https://www.nrk.no/innlandet/\\_-kongsvinger-sjukehus-ma-fa-ro-1.11127611](https://www.nrk.no/innlandet/_-kongsvinger-sjukehus-ma-fa-ro-1.11127611)

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer*. (Rundskriv IS-5/2013). Henta frå:

[https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer/Spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer-IS-5-2013.pdf/\\_attachment/inline/bc9b7ff2-4f0f-4f66-95da-74df45c5ad0c:aaf7b8b49a38f5dac238997d3ce6ccd36881821f/Spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer-IS-5-2013.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer/Spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer-IS-5-2013.pdf/_attachment/inline/bc9b7ff2-4f0f-4f66-95da-74df45c5ad0c:aaf7b8b49a38f5dac238997d3ce6ccd36881821f/Spesialisthelsetjenesteloven-med-kommentarer-IS-5-2013.pdf)

Hughes, M. (2016). Leading change: Why transformation explanations fail. *Sage*, vol 12:4, s. 449-469

Kongsvinger Venstre (2011, 3. oktober). Kongsvinger-avtalen 2011-2015. Henta frå:

<https://www.venstre.no/artikkel/2011/10/03/kongsvinger-avtalen-2011-2015/>

Lien, S. J. (2013, 30. september). Over 6000 møtte til demonstrasjonstog i Kongsvinger. *NRK Innlandet*. Henta frå: <https://www.nrk.no/innlandet/slar-ring-om-sjukehuset-1.11270320>

Lohfert & Lohfert (2016). *Sykehuset Innlandet HF – tilstands- og egnethetsanalyse*. Henta frå: <https://sykehuset-innlandet.no/seksjon/fremtidig-sykehusstruktur/Documents/Rapporter%20og%20analyser%202016/Tilstands-%20og%20egnethetsanalyse.pdf>

Mintzberg, H. (1989). *Inside Our Strange World of Organizations*. New York: The Free Press

Normann, M. G., Mikkelsen, M., Kippernes, G. A. (2013, 11. januar). Ledelsen innrømmer: Ahus er for lite. *VG*. Henta frå: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/3yIVd/ledelsen-innrømmer-ahus-er-for-lite>

NOU 2016:25 (2016). *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Pollack, J., Pollack, R. (2015). Using Kotter's Eight Stage Process to Manage an Organisational Change Program: Presentation and Practice. *Syst Pract Action Res*, 28, s. 51-66.

Tansey, O. (2007). Process Tracing and Elite Interviewing. *PS: Political Science and Politics*, vol 40:4, s. 765-772

Tidsskriftet (2015, 21. april). *Utvalgt arbeidssted: Akershus universitetssykehus*. Henta frå: <https://tidsskriftet.no/2015/04/legelivet/utvalgt-arbeidssted-akershus-universitetssykehus>

Rikoll, M., Trolldalen, A. (2013, 25. september). Støter dere oss ut i arbeidsledighet? *NRK Innlandet*. Henta frå: [https://www.nrk.no/innlandet/\\_-far-vi-fortsatt-jobb\\_-1.11262971](https://www.nrk.no/innlandet/_-far-vi-fortsatt-jobb_-1.11262971)

Shirey, M. R. (2011) Establishing a Sense of Urgency for Leading Transformational Change, *JONA: The Journal of Nursing Administration*, vol 41:4, s. 145-148.

Skei, E., B. (2019). *Hva er stedlig ledelse? En drøfting av forventninger og ulike modeller*. (Endringsoppgåve) Nasjonalt topplederprogram kull 23

Spesialisthelsetenestelova (1999), lov om spesialisthelsetenesta m.m. (LOV-1999-07-02-61). henta frå: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *BioMed Central*, vol 4:67, s. 1-9.

Østgaard, Ø. (2013, 23. september). Kongsvinger sjukehus. Henta frå: [http://admininfo.helse-sorost.no/styredokumenter\\_/SIHF/SM\\_08\\_03102013\\_070-2013%20Vedlegg%2013%20Kongsvinger%20sjukehus%20-%20G1%C3%A5mdal%20regionr%C3%A5d.pdf](http://admininfo.helse-sorost.no/styredokumenter_/SIHF/SM_08_03102013_070-2013%20Vedlegg%2013%20Kongsvinger%20sjukehus%20-%20G1%C3%A5mdal%20regionr%C3%A5d.pdf)

# Vedlegg

Vedlegg 1: Godkjenning frå NSD

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Intervjugal første intervjurunde

Vedlegg 4: Intervjugal andre intervjurunde

# Vedlegg 1: Godkjenning frå NSD

14.5.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Ei studie av foretaksoverføringa av Kongsvinger sjukehus til Akershus universitetssjukehus

### Referansenummer

911649

### Registrert

12.04.2019 av Tiril Seppola Reed - tirilsre@uio.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ivan Spehar, ivan.spehar@medisin.uio.no, tlf: 97608146

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Tiril Seppola Reed, t.s.reed@studmed.uio.no, tlf: 95066636

### Prosjektperiode

23.05.2019 - 15.12.2020

### Status

15.04.2019 - Vurdert

### Vurdering (1)

---

#### 15.04.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 15.04.2019. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5cb055e9-401d-406b-a6aa-67d61e311867>

1/2



## Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

### *Førespurnad om deltaking i forskingsprosjektet*

#### *“Ei studie av foretaksoverføringa av Kongsvinger sjukehus til Akershus universitetssjukehus”*

Dette er eit spørsmål til deg om å delta i eit forskingsprosjekt der formålet er å studere endring- og implementeringsprosessen knytt til foretaksoverføringa av Kongsvinger sjukehus til Akershus universitetssjukehus. I dette skrivet gjev vi deg informasjon om måla for prosjektet og kva deltaking vil innebere for deg.

#### **Formål**

Eg skal som masterstudent ved Universitetet i Oslo gjennomføre eit forskingsprosjekt. Prosjektet blir vegleia av Ivan Spehar, førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo.

#### **Kven er ansvarleg for forskingsprosjektet?**

Universitetet i Oslo

#### **Kvifor får du spørsmål om å delta?**

Du er valt til å delta i dette forskingsprosjektet på bakgrunn av di rolle i Akershus universitetssjukehus eller Kongsvinger sjukehus, og dermed dine erfaringar knytt til foretaksoverføringa. Utvalet er basert på rolle i foretaket og med hensikt om å få ei breidde i informasjonen som blir henta inn.

Etter mitt internship i staben på kirurgisk divisjon på Ahus, har eg fått innspel om at du kan ha god innsikt i overføringa.

#### **Kva inneber det for deg å delta?**

Deltaking i eit masterprosjekt inneber at du vil bli intervjuet i omlag ein time. Intervjuet vil bli gjennomført av masterstudent Tiril Seppola Reed, og vil vere ein open dialog med særleg fokus på di oppleving av foretaksoverføringa. Det vil bli nytta bandopptakar for opptak av intervjuet, som berre masterstudenten Tiril Seppola Reed har tilgang til. Masterprosjektet er underlagt teieplikt og alle opplysningar blir behandla konfidensielt.

Målet er å gjennomføre ei ny runde med intervju i løpet av første kvartal 2020. Dette er for å undersøke om ein då har sett nye effektar av overføringa. I denne samband vil du motta ein ny førespurnad om deltaking i prosjektet.

## **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du vel å delta, kan du når som helst trekkje samtykket tilbake utan å oppgje nokon grunn. Det vil ikkje ha nokon negative konsekvensar for deg dersom du ikkje vil delta eller seinare vel å trekkje deg. I masteroppgåva vil det kome fram kva sjukehus prosjektet omhandlar og din stillingstittel, men namn og andre personopplysningar vil vere anonymisert.

## **Ditt personvern – korleis vi oppbevarer og brukar dine opplysningar**

Vi vil berre nytte opplysningar om deg til formålet vi har beskrive her. Vi behandlar opplysningane konfidensielt og i samsvar med personregelverket. Det er berre vegleiar og masterstudenten som vil få tilgang til resultatane.

## **Kva skjer med opplysningane dine når vi avsluttar prosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttast 15.12.2020. Lydfiler frå bandopptakar vil overførast til tryggleiksbeskytta PC og slettast ved prosjektet sin slutt, seinast 15.12.2020.

## **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiserast i datamaterialet, har du rett til:

- Innsyn i kva personopplysningar som er registrert om deg
- Å få retta personopplysningar om deg
- Få sletta personopplysningar om deg
- Å få utlevert ein kopi av dine personopplysningar (dataportabilitet)
- Å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlinga av dine personopplysningar

## **Kva gjev oss rett til å behandle personopplysningar om deg?**

Vi behandlar opplysningar om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag frå Universitetet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, vurdert at behandlinga av personopplysningar i dette prosjektet er i samsvar med personregelverket.

Kvar kan eg finne ut meir?

Har du spørsmål til studia, eller ønskjer å nytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Ivan Spehar, førsteamanuensis. E-post: [ivan.spehar@medisin.uio.no](mailto:ivan.spehar@medisin.uio.no), tlf: 976 08 146*
- *Tiril Seppola Reed, masterstudent. E-post: [t.s.reed@studmed.uio.no](mailto:t.s.reed@studmed.uio.no), Tlf: 950 66 636*
- *NSD – Norsk senter for forskningsdata AS. E-post: [personvernombudet@nsd.no](mailto:personvernombudet@nsd.no), tlf: 55 58 21 17*

Med venleg helsing

Ivan Spehar

Prosjektansvarleg

Vegleiar

Tiril Seppola Reed

Masterstudent

---

## Samtykkeerklæring

Eg har motteke og forstått informasjonen om prosjektet, og har fått høve til å stille spørsmål. Eg samtykker til å delta i intervju, og at mine opplysningar behandlast fram til prosjektet er avslutta, 15.12.2020.

-----  
Signatur prosjektdeltakar, dato

## Vedlegg 3: Intervjugal første intervjurunde

### Tentativ intervjugal

Fortell kort om mi rolle som praksisstudent

#### **I forkant av vedtak (til alle)**

Kva var ditt første møte med prosessen om Kongsvingeroverføringa?

Var du involvert i høyringsprosessen i forkant av vedtaket om samanslåing?

I så fall, korleis?

Opplevde du at du hadde rom for å påverke prosessen på ein god måte?

Korleis opplever du at informasjon om høyringsprosessen kom ut til tilsette, og trur du dei tilsette opplevde at det var rom for medverknad i den interne høyringsprosessen?

Korleis vil du sei at du har vore inkludert i den interne slutningsprosessen?

Påverka diskusjon- og slutningsprosessen arbeidsmiljøet der du jobbar?

I så fall, korleis?

Føler du at det har blitt synleg for deg kvifor endringa skal gjennomførast, og er i følgje Helse Sør-Øst, viktig?

Er du einig i vurderinga om at dette er ei nødvendig endring?

Trur du at dine tilsette einig i vurderinga om at dette er ei nødvendig endring?

Kva faktorar vil du trekkje fram som spesielt positive eller negative ved slutningsprosessen?

#### **Implementeringsprosessen (til alle)**

*Med implementeringsprosessen er det her meint arbeidet mellom slutninga vart fatta og fram mot overføringa 1. februar 2019.*

I kva grad trur du at informasjon om implementeringsprosessen kom ut til tilsette, og trur du dei tilsette opplevde at det var rom for medverknad i implementeringsprosessen?

Korleis vil du sei at du har vore inkludert i implementeringsprosessen?

Påverka implementeringsprosessen arbeidsmiljøet der du jobbar?

I så fall, korleis?

Dersom det har hatt negativ påverknad, har det blitt gjort tiltak for å løyse det?

Kva faktorar vil du trekkje fram som spesielt positive eller negative ved implementeringsprosessen?

### **Overføringshelga (til alle)**

Korleis vart du førebudd på overføringshelga?

Var dette tilstrekkeleg eller sakna du noko?

Hadde du noko særskild ansvar knytt til helga?

Møtte de på nokon uventa problem knytt til overføringa, etter det du er kjend med?

### **Endringar i deira kvardag (til alle)**

Har du opplevd nokon endringar i din arbeidskvardag knytt til overføringa?

På kva måte, i så fall?

Korleis virka det som dei tilsette har reagert på desse endringane?

### **Kapasitet**

*Ved overføringa av Kongsvinger sjukehus, vil Ahus gå frå å ha opptaksområde på 350.000 innbyggjarar til 600.000 innbyggjarar. Ein kan dermed anta at det vil bli auka behandlingsaktivitet på Ahus som følge av overføringa.*

Korleis trur du det auka opptaksområdet vil påverke kapasiteten på NBH og Kongsvinger?

Trur du at prosjektet "Operasjon 2019" med blant anna tidleg oppstart på operasjonsstovene vil vere tilstrekkeleg for å møte auka aktivitet?

Kva tenkjer du er hensiktismessig fordeling av funksjonar og behandlingstilbod mellom Ahus og Kongsvinger?

### **Økonomi**

Har ein rekna på kva kostnader overføringa har medført, der ein inkluderer både nye investeringar og brukt arbeidstid?

Overføring av eigendeler og balansen

Har prosjektet medført ekstra økonomiske bevilgningar frå RHF?

Vil det vere nødvendig med endringar i bygningsmasse, eller andre større investeringar, på Kongsvinger eller Ahus, som følge av prosjektet?

Korleis vil desse endringane i så fall finansierast?

Kirurgisk divisjon mottok ei økonomisk bevilgning i 2019 for å dekkje kostnader knytt til overføringa. Var det eingangssum eller vil det kome fleire ganga?

I sakspapira frå RHF Sør-Øst, som låg til grunn i helseministeren si vurdering av saka, var det ei bekymring om at kostnadane og risikoen med overføringa er større enn den potensielle gevinsten. Kva er di vurdering av dette, på dette punktet i prosessen?

### **IKT og teknisk**

Kva har vore dei store utfordringane/risikoane knytt til overføringa?

Kva har de gjort for å møte desse på best mogleg måte?

Kva kan vere dei største gevinstane knytt til overføringa?

I kva grad har ein måtte oppgradere utstyr og programvarer for å møte utfordringar knytt til prosjektet?

### **Tillitsvalt**

Har denne endringa påverka arbeidsmiljøet?

Har dei tilsette opplevd uheldige konsekvensar som følgje av prosjektet?

Korleis har dei tilsette du representerer blitt inkludert i prosessen?

Vil nye tilsette få andre vilkår som følgje av endringa, til dømes delt arbeidsstad?

Har du som tillitsvalt motteke mange henvendingar frå dei du representerer knytt til prosessen?

Har det i så fall vore nokon henvendingar som har kome ved fleire anledningar eller på anna måte skilt seg ut?

### **Helse Sør-Aust**

Korleis kom initiativet til endringa?

Kva har de gjort for å synleggjere behovet for endring?

Ut i frå sakspapira som ligg ute frå prosessen, ser det ut som RHF var mindre positiv til endringa. Stemmer det?

### **Pasientperspektivet (alle)**

Trur du at overføringa vil påverke tilgjenglegheita på helsetenestene for innbyggjarane i opptaksområdet?

I så fall, på kva måte?

Trur du at overføringa vil påverke kvaliteten på helsetenestene for innbyggjarane i opptaksområdet?

I så fall, på kva måte?

### **Avslutning (alle)**

Ser du for deg andre aspekt med overføringa som kan medføre positive eller negative verknader?

Korleis vurderer du heilheita av prosjektet, no i etterkant av implementering?

Kva effektar av prosjektet trur du at ein kan forvente å sjå på lenger sikt?

Korleis vil du sei at haldninga til prosjektet er i organisasjonen no?

Er det noko du ønskjer å leggje til eller noko anna eg burde spurt deg om?

## Vedlegg 4: Intervjugal andre intervjurunde

### Intervjugal deltakar XX, runde 2

#### Fase II

Fase I vart omtalt som ein strategisk prosess, der det ikkje var intensjon om å involvere dei tilsette i særleg grad, utanom å informere om prosessen. Involveringa skulle kome i fase II. Korleis synast du at involveringa i fase II har vore?

Trur du dei tilsette kjenner at dei har hatt rom til å påverke fase II?

Du nemnde sist at prosjektgruppa sjølv hadde sagt at det var korte tidsfristar i fase II. Viste dei seg for å vere for korte eller var det nok med tid til at alle som ville kome med innspel fekk tid og høve til det?

Vi var òg inne på dette med tidspunkt for heile fase II, altså om fase II kom på eit passeleg tidspunkt. Kva tenkjer du om det no?

Også var det dette med organisasjonsmodell. Eg har forstått at prosjektgruppa anbefalte divisjonsmodellen, men at sjukehusleiinga hamna på tverrgåande klinikkar. Har sjukehusleiinga komen med ei forklaring for dette valet?

Har du nokre tankar om korleis det kjem til å fungere med tverrgåande klinikkar?

Eit viktig element med tverrgåande klinikkar var det å etablere ein driftskoordinator for Kongsvinger. Korleis trur du denne rolla blir?

I fase II var det også fleire eksterne partar, som kommunar og brukarutval, som svarte på høyring og på anna måte deltok i prosessen. Trur du involvering av eksterne har vore viktig for prosessen?

Korleis fungerte samarbeidet med dei eksterne partane?

Er det nokre element med fase II som du i ettertid tenkjer at burde blitt gjort på ein annan måte?

Er det nokre element som har fungert spesielt godt?

Har det vore noko form for evaluering av korleis fase II har fungert, eller er det planlagt ei slik evaluering?

#### Haldningar i organisasjonen

Korleis synast du at det faglege samarbeidet på tvers av lokasjonar fungerer?

Sist var vi inne på det i løpet av fjor vår var eit skifte i haldningar til prosjektet blant dei tilsette på Kongsvinger, der dei gjekk frå å vere utelukkande positiv til å kanskje bli litt meir spent på korleis Kongsvinger vil bli i framtida. Korleis vil du sei at haldninga er no?



Trur du at dei tilsette på Kongsvinger kjenner ein relasjon og tilhørlegheit til Ahus som organisasjon?

### **Verknader av endringa**

Sist prata vi ein del om dette med å utnytte kapasiteten på Kongsvinger på ein god måte og å skape gode pasientstraumar. Er dette noko de har arbeidd vidare med?

Har de sett noko teikn på at overføringa har påverka tilgangen på helsetenester på noko måte?

Har overføringa allereie hatt noko påverknad for kvalitet på helsetenester, slik du ser det?

Førige gang var vi inne på dette med om delt arbeidsstad for framtidig tilsetning var aktuelt. Kva er dine tankar om dette no?

### **Vegen vidare**

No er de i gang med fase III. Kva er dine håp for den vidare prosessen?

Og om vi ser litt fram i tid igjen, korleis trur du Ahus vil sjå ut om eitt år og om fem år?

Er det då noko eg har gløymt å spørje om eller du vil leggje til?